UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1956 - N° 234

# RADIO-DIAGNOSTIC DU MÉSENTÈRE COMMUN

## THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mercredi 5 décembre 1956

PAR

**Bernard SAMZUN**

Elève de l'Ecole Principale du Service de Santé de la Marine et de la France d'Outre-Mer.

Diplômé de Médecine Tropicale

Médecin breveté de la Marine Marchande

né le 1er Mars 1929, à CANCALE (Ille-et-Vilaine)

Examinateurs de la Thèse : MM. REBOUL, Professeur, Président. FABRE, Professeur. BROUSTET, Professeur. J. RIVIERE, Agrégé. — Juges

BORDEAUX

UNION FRANÇAISE D'IMPRESSION
185, Cours de la Marne

1956

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547309_0051

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1956 - N° 234

# RADIO-DIAGNOSTIC DU MÉSENTÈRE COMMUN

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mercredi 5 décembre 1956

PAR

**Bernard SAMZUN**

Elève de l'Ecole Principale du Service de Santé de la Marine
et de la France d'Outre-Mer.
Diplômé de Médecine Tropicale
Médecin breveté de la Marine Marchande

né le 1er Mars 1929, à CANCALE (Ille-et-Vilaine)

R. UNIV
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Examinateurs de la Thèse : MM. REBOUL, Professeur, Président.
FABRE, Professeur.
BROUSTET, Professeur.
J. RIVIERE, Agrégé.

Juges

BORDEAUX

UNION FRANÇAISE D'IMPRESSION
185, Cours de la Marne

1956

# FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

**DOYENS HONORAIRES** : MM. DUPÉRIÉ, CHELLE G. PORTMANN

**DOYEN** : M. SIGALAS. — **ASSESSEUR** : M. TAYEAU

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. A MANDOUL, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY. CARLES, LEURET, CHARRIER, DUBREUIL, CRUCHET, PERRENS, BEAUVIEUX, CREYX, MAURIAC.

## PROFESSEURS

| | MM. |
|---|---|
| Clinique médicale | De GRAILLY<br>BROUSTET |
| Clinique chirurgicale | PAPIN<br>MASSÉ |
| Clinique d'accouchements. | RIVIÈRE |
| Clinique gynécologique... | MAGENDIE |
| Anatomie pathologique et microscopie clinique | LEGER |
| Anatomie | DUFOUR |
| Anatomie générale et histologie | MAYER |
| Hygiène et Clinique de la tuberculose | PIÉCHAUD |
| Médecine légale et médecine du travail | DERVILLÉE |
| Electroradiologie et Clinique d'électricité médicale | REBOUL |
| Chimie | MESNARD |
| Matière médicale | MASQUELIER |
| Pharmacie | VITTE |
| Physiologie | FABRE |
| Clinique médicale des maladies des enfants. | FONTAN |
| Zoologie et parasitologie. | SIGALAS |

| | MM. |
|---|---|
| Pathologie générale et experimentale | SARIC |
| Clinique ophtalmologique. | BESSIERE |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie | POUYANNE |
| Clinique médicale et des maladies infectieuses | AUBERTIN |
| Chimie biologique et médicale | TAYEAU |
| Physique médicale et pharmaceutique | PIFFAULT |
| Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques | MORETTI |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. | JOULIA |
| Clinique des maladies des voies urinaires. | DARGET |
| Clinique des maladies nerveuses et mentales | DELMAS-MARSALET |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie | PORTMANN |
| Toxicologie et hygiène appliquée | CASTAGNOU |
| Clinique odonto-stomatologique | DUBECQ |
| Botanique et cryptogamie. | GIRARD |
| Thérapeutique | F.-J. TRAISSAC |
| Hydrologie thérapeut. et climatologie. | DUBARRY |
| Carcinologie | LACHAPÈLE |

## PROFESSEUR A TITRE PERSONNEL :

M. BLANQUET (Section Pharmacie)

## PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. MAHON (Obstétrique), PAUTRIZEL (Parasitologie), Mlle ROUGIER (Physiologie), M. MOUSTARDIER (Bactériologie) CAZAUX (Pharmacie, 3e section)

## MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS :

| | MM. |
|---|---|
| Anatomie | RIGAUD<br>CABANIE |
| Biochimie médicale | NEUZIL |
| Pathologie expérimentale | FAURE |
| Physique médicale | DUHAMEL |

| | MM. |
|---|---|
| Pharmacie (1re section) | R. GOLSE<br>ROMAIN |
| Pharmacie (2e section) | N.<br>QUILICHINI |

**CHARGÉS DES FONCTIONS DE MAITRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ** R. STOLL (Histologie)
MARQUEVIELLE (Biologie médicale)

## AGRÉGÉS EN EXERCICE :

| | MM. |
|---|---|
| Médecine générale | BERGOUIGNAN<br>LENG-LEVY<br>LAVIGNOLLE<br>MARTIN-DUPONT<br>DAVID-CHAUSSE<br>J. RIVIERE |
| Chirurgie générale | LAUMONIER<br>CHAVANNAZ<br>VILLAR<br>TINGAUD<br>DEPAULIS<br>DARMAILLACQ |

| | MM. |
|---|---|
| Obstétrique | CHASTRUSSE<br>FAUGERE |
| Ophtalmologie | CORCELLE |
| Oto-rhino-laryngologie | DESPONS<br>M. PORTMANN |
| Dermatologie et syphiligraphie | LE COULANT |
| Pédiatrie et puériculture. | VERGER |
| Médecine légale et médecine du travail | L'ÉPÉE |
| Odonto-stomatologie | BENOIT |
| Urologie | LANGE |
| Neurologie et psychiatrie | BLANC |
| Pneumo-phtisiologie | FREOUR |

## COURS COMPLÉMENTAIRES :

| | MM. |
|---|---|
| Médecine opératoire | LAUMONIER |
| Accouchements | CHASTRUSSE<br>FAUGERE |
| Puériculture | VERGER<br>PERY |
| Législation pharmaceutique | COUSTOU |
| Cryptogamie | LAUBIE |
| Obstétrique sociale | MAHON |
| Organographie et physiologie végétale | TEMPÈRE |
| Chimie biologique | MARQUEVIELLE |
| Chimie analytique | BABIN |
| Pathologie chirurgicale | VILLAR<br>CHAVANNAZ<br>TINGAUD<br>LAPORTE<br>DARMAILLACQ |

| | MM. |
|---|---|
| Zoologie pharmaceutique | BAILENGER |
| Physiologie | Mlle LINQUETTE |
| Toxicologie et Hygiène | Mlle LARCEBAU |
| Phytopharmacie | CORTESI |
| Droit médical international | AUBY |
| Médecine légale | L'EPEE |
| Séméiologie médicale | J. RIVIERE |
| Séméiologie chirurgicale | DEPAULIS |
| Embryologie | STOLZ |
| Pathologie médicale | BERGOUIGNAN<br>LENG-LEVY<br>LAVIGNOLLE<br>DAVID-CHAUSSE<br>RIVIERE<br>MARTIN-DUPONT |

*Le Secrétaire principal de la Faculté* : GAYRAUD

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE — A MA MERE

---

A MA BELLE-MERE

---

A MA FEMME

---

A MES FRERES

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

---

A MES CAMARADES
DE L'ECOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTE
DE LA MARINE ET DE LA FRANCE D'OUTRE-MER

A NOS PROFESSEURS
DE L'ECOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTE
DE LA MARINE ET DE LA FRANCE D'OUTRE-MER

---

A NOS MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A MONSIEUR LE MEDECIN GENERAL
DE DEUXIEME CLASSE LAHILLONNE

Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé
de la Marine et de la France d'Outre-Mer

Médecin des Hôpitaux maritimes

Commandeur de la Légion d'Honneur

Croix de Guerre 1939-1945

Officier du Mérite Maritime

---

A MONSIEUR LE MEDECIN EN CHEF
DE PREMIERE CLASSE CONSTANS

Sous-Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé
de la Marine et de la France d'Outre-Mer

Spécialiste des Hôpitaux maritimes

Officier de la Légion d'Honneur

Croix de Guerre 1939-1945

## A MONSIEUR LE DOCTEUR NARD

Qui nous a reçu avec bienveillance et nous a fait bénéficier de son expérience.

Qu'il soit assuré de notre reconnaissance.

---

## A MONSIEUR LE DOCTEUR DELORME

Chargé de Cours à la Faculté de Médecine

Radiologiste assistant des Hôpitaux

ex-Chef de Clinique

Qui nous a confié le sujet de cette thèse et nous a aidé de ses conseils.

Qu'il trouve dans ce travail l'expression de nos remerciements.

A NOS JUGES :

MONSIEUR LE DOCTEUR J. RIVIERE

Agrégé de Médecine générale
Assistant des Hôpitaux

———

MONSIEUR LE PROFESSEUR BROUSTET

Professeur de Clinique Médicale
Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur
Officier des Palmes Académiques

———

MONSIEUR LE PROFESSEUR R. FABRE

Professeur de Physiologie
Directeur honoraire de l'Institut d'Education Physique
Officier de la Légion d'Honneur
Médaille Militaire
Croix de Guerre
Officier des Palmes Académiques

A NOTRE PRESIDENT DE THESE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR REBOUL

Professeur d'Electro-Radiologie et de Clinique
d'Electricité médicale

Officier des Palmes Académiques

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre jury de thèse.

Qu'il nous permette de lui exprimer notre gratitude et de l'assurer de notre profond respect.

# INTRODUCTION

Les anomalies de position du tube digestif dans la cavité abdominale, sont connues depuis fort longtemps, puisque les premiers travaux d'anatomo-pathologie remontent à 1812 (Wolf), 1917 (Meckel), 1827 (Cruveilhier).

Parmi ces anomalies, la plus fréquente est certainement le mésentérium iléo colicum commune.

Le mésentère commun est en embryologie le méso commun à tout l'intestin, irrigué par l'artère mésentérique supérieure, c'est-à-dire l'intestin moyen. La rotation de l'intestin terminée, ce méso se fixe à la paroi pariétale postérieure et se différencie en méso-colons et mésentère du grêle. Parfois, au lieu de s'accoler à la paroi, le méso commun reste libre chez l'individu et on pourrait alors parler de persistance du mésentère commun.

En fait, l'appellation de mésentère commun est réservée à une disposition particulière du tube digestif, accompagnée d'ailleurs d'un méso-commun, caractérisée par la dextro-position du grêle et la sinistro-position du colon, et due à un arrêt de la rotation après un quart de tour. L'utilisation de ce terme pour désigner une malposition intestinale semble devoir être attribuée à W. Gruber qui l'a utilisé à plusieurs reprises entre 1855-1870 pour nommer les 15 observations qu'il publia alors.

L'attribution du nom de mésentère commun à un défaut de rotation particulier et non à un défaut plus général d'accolement, a soulevé de nombreuses critiques. Beaucoup d'auteurs,

depuis Rogie et Perignon jusqu'à Fevre et Duhamel, reprochant à cette dénomination d'être trop restrictive et de négliger toutes les anomalies adjacentes, proposent d'envisager les « défauts de rotation » et les « défauts de fixation » de l'anse intestinale.

Mais la complexité et la diversité des classifications proposées n'ont sans doute pas apporté la satisfaction escomptée puisque le terme employé par Gruber continue à être utilisé.

Dans cette étude, nous nous proposons de passer en revue les anomalies de rotation et de fixation, et de faire l'étude clinique et radiologique du mésentère commun classique. Mais, auparavant et pour bien comprendre ces anomalies, il est indispensable de faire un rappel embryologique de l'évolution du tube digestif pendant la vie fœtale.

CHAPITRE PREMIER

# EMBRYOLOGIE

La segmentation du disque embryonnaire aboutit rapidement à la constitution d'un tube alimentaire primitif. Au début il est rectiligne et communique avec la vésicule ombilicale par le canal vitellin, il aboutit en haut à la bouche primitive et en bas au cloaque où s'ouvre l'allantoïde.

Le tube digestif possède sur toute sa longueur un mésentère dorsal et seulement dans la partie haute un mésentère ventral. La prolifération des cellules épithéliales entraîne bientôt un allongement du tube intestinal qui se porte en avant formant une anse à convexité antérieure,

Dès la cinquième semaine de la vie intra-utérine, le tube digestif peut se diviser en trois parties :

— intestin antérieur, d'où dérivent : œsophage, estomac et la partie haute supérieure du duodénum jusqu'à l'ampoule de Vater.

— intestin moyen, d'où dérivent : la terminaison du duodénum, le jéjunum, l'iléon, le cœcum, le colon ascendant, et la moitié droite du transverse.

— intestin postérieur, qui donnera : le transverse gauche, le colon descendant, le sigmoïde et le rectum.

Cette division est basée :

— Sur les formes distinctes de ces trois anses.

— Sur l'irrigation sanguine :

L'intestin antérieur est irriqué par le tronc cœliaque.

L'intestin moyen par l'artère mésentérique supérieure, qui par son bord supérieur donne de nombreuses branches grêles et par son bord inférieur trois artères coliques droites.

L'intestin inférieur reçoit enfin l'artère mésentérique inférieure.

— Sur la fonction :

L'intestin antérieur est digestif, le moyen absorbant et le postérieur excréteur.

*L'intestin antérieur* dans sa portion abdominale subit peu de variations, car sa forme et sa disposition dépendent de « forces intrinsèques » (Dott).

*L'intestin postérieur* occupe d'abord une position médiane. Partant de son extrémité supérieure, une bride de rétention (Frazer et Robbins), épaississement du mésentère dorsal, va se fixer au niveau de l'origine de l'artère mésentérique. Cette bride ne s'accroît pas de pair avec l'intestin ou le mésentère, de sorte qu'elle fait « ancrage » et l'angle colique gauche est hissé en haut par la bride et coudé par elle.

Duodénum et angle colique gauche « points fixes » du tube alimentaire sont très voisins l'un de l'autre et forment l'isthme duodéno-colique où sont attachées les deux branches de l'intestin moyen.

*L'intestin moyen* au contraire va subir une série de transformations que nous allons essayer de schématiser en nous reportant aux travaux de Frazer et Robbins, Dott et ceux plus récents de Snyder. Nous distinguerons trois stades dans l'évolution de l'intestin moyen :

## I. — STADE D'EVISCERATION PHYSIOLOGIQUE

Le tractus intestinal primitif, tube droit à convexité antérieure, est suspendu dans un plan sagittal à un mésentère dorsal. L'accroissement rapide et précoce du foie et de l'intestin entraîne une occupation totale de l'espace abdominal, l'intestin moyen est refoulé dans la base du cordon à la façon d'une hernie ombilicale physiologique temporaire.

Au sommet de l'anse herniée aboutit l'artère mésentérique supérieure, qui se continue avec l'artère vitelline. L'artère mésentérique supérieure est contenue dans le mésentère dorsal commun aux deux segments (pré-artériel et post-artériel) d'où le nom de mésentérium commune donné à ce méso ; durant cette période apparaît le bourgeon cœcal sur le segment post-artériel.

## II. — STADE DE ROTATION ET DE REINTEGRATION

Frazer, Robbins et Dott considèrent dans cette rotation le déplacement d'une anse distale (cœco-colique) autour de l'artère mésentérique.

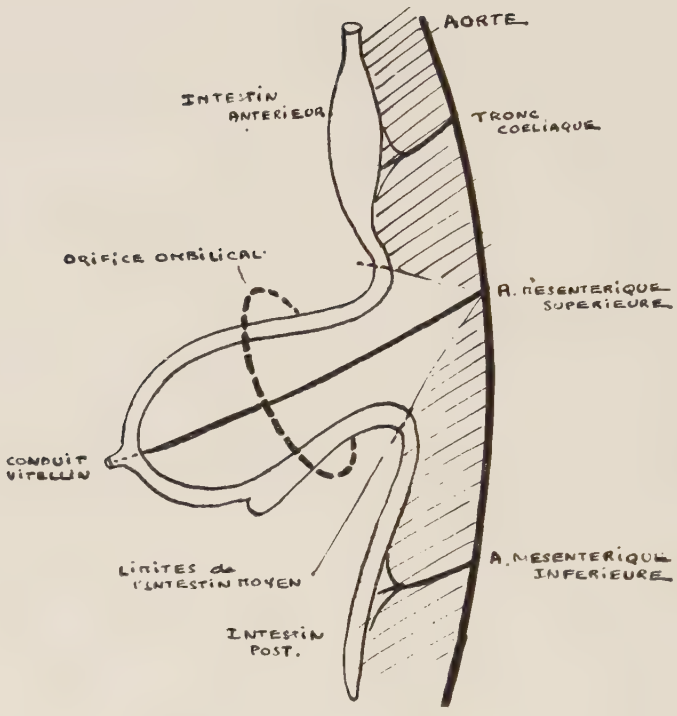
Snyder, au contraire, envisage le mouvement de deux anses directrices :

— duodéno-jéjunale,

— cœco-colique.

### 1. - Absence de rotation ; position de départ

L'intestin moyen décrit une anse à convexité antérieure dont le sommet est refoulé dans la base du cordon ombilical. L'anse duodéno-jéjunale est au-dessus de l'artère mésentérique, l'anse cœco-colique au-dessous, le tout étant dans un plan sagittal.

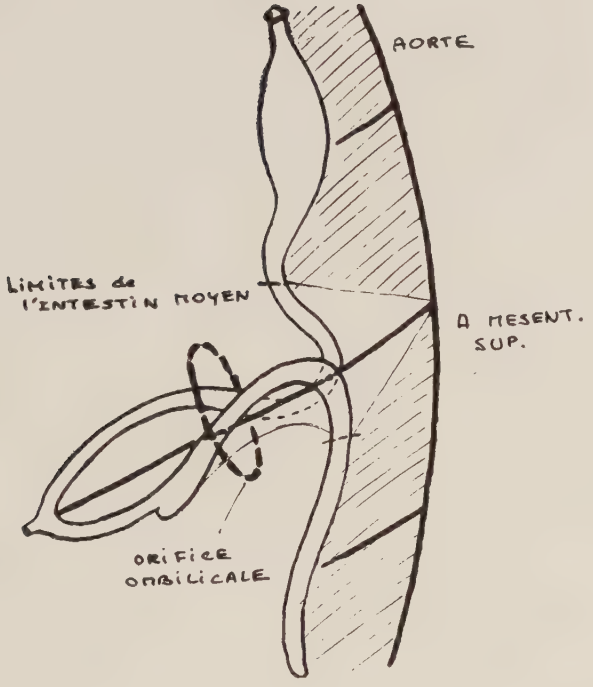



I. — Stade 0° (d'après Dott)

**2. - Rotation de 90° - vers la cinquième semaine de la vie intra-utérine.**

L'anse duodéno-jéjunale est poussée vers le bas et la droite par le développement du foie et la poussée de la veine ombilicale gauche (Frazer et Robbins). L'anse cœco-colique se déplace de dessous l'artère vers la gauche.

Les deux anses sont maintenant dans un plan horizontal, après avoir décrit une rotation de 90°.

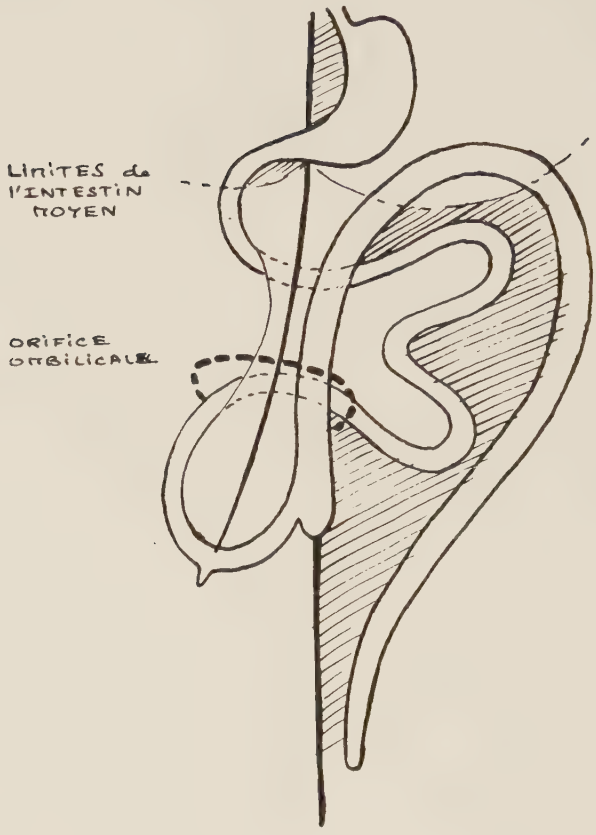



II. — Stade 90°

### 3. - Rotation de 180° et réintégration - vers la huitième semaine-dixième semaine.

L'anse duodéno-jéjunale passe au-dessous de l'artère, décrivant un arc de 90°, ce faisant, elle entraîne hors du cordon les dernières anses jéjunales, puis l'iléon et en dernier lieu le cœcum qui vient se placer à gauche de l'artère.

L'anse cœco-colique devenant abdominale à la fin de cette période, commence à se déplacer au-dessus de l'artère en direction supéro-antérieure.



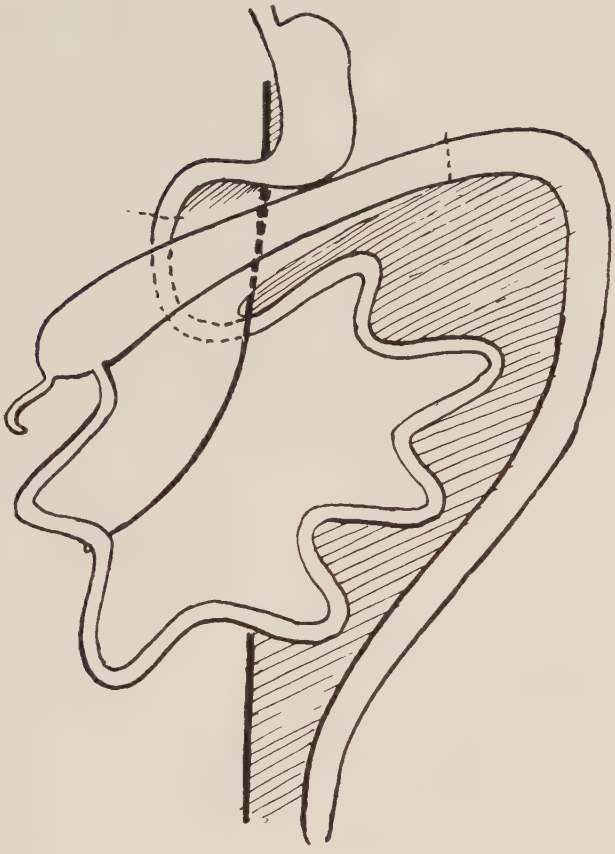

III. — Stade 180°

**4. - Rotation de 270° - vers la onzième semaine.**

L'anse duodéno-jéjunale achève son déplacement en venant se placer à la gauche de l'artère.

L'anse cœco-colique vient à son tour se placer à la droite de l'artère, parcourant comme la précédente un quart de cercle.

Les deux anses directrices ont donc parcouru, dans le sens inverse des aiguilles d'une montre, un arc de 270°.



IV. — Stade 270°

## III. — STADE DE DESCENTE DU COECUM ET DE FIXATION DU MESENTERE DE LA ONZIEME SEMAINE A LA NAISSANCE

Le cœcum descend de sa position sous-hépatique vers le secteur droit inférieur. C'est également à ce moment que se produit la fixation du mésentère du grêle et du gros intestin à la paroi abdominale postérieure. Cette phase de fixation n'est possible que si la rotation est terminée.

— Fixation du cœcum, du colon ascendant et du colon descendant au péritoine pariétal postérieur.

— Fixation de la racine du mésentère du grêle sur une large base allant du quadrant supérieur gauche au quadrant inférieur droit. Le grêle primitivement suspendu à un étroit pédicule à l'origine de l'artère mésentérique, acquiert ainsi une importante racine d'implantation oblique, à la paroi abdominale postérieure. Ce stade s'achève vers l'époque de la naissance. Son intérêt consiste en la fixation des différents segments de façon telle que tout déplacement, en particulier la torsion et le volvulus, est rendu impossible.

## DETERMINISME DE CES PHENOMENES

— *Eviscération et réintégration* peuvent s'expliquer par des phénomènes mécaniques. Le refoulement de l'intestin moyen dans le cordon ombilical peut s'expliquer par un développement rapide du foie et de l'intestin, entraînant une diminution relative de la cavité abdominale. L'agrandissement de cette cavité, au cours de la vie fœtale, crée une aspiration et provoque la réintégration.

— *La rotation,* au contraire, s'explique mal par des phénomènes mécaniques.

— Selon Toldt, l'anse ombilicale reçoit à ses deux extrémités des poussées en sens inverse. Elle se prête à l'allongement des segments sus et sous-jacents en tournant autour de son axe. Autrement dit, l'intestin se tord parce qu'il s'allonge. Fredet estime cette condition insuffisante, car si l'intestin s'allonge chez les animaux, il ne se tord que chez quelques-uns, dont l'homme.

— Actuellement, on suppose que ce sont les mouvements propres de l'intestin qui déterminent ces phénomènes, bien qu'à

ce stade, on n'ait pas la certitude que le développement neuro-musculaire intestinal soit suffisant pour assurer l'autonomisme moteur.

En admettant que ce dernier existe, on a invoqué à l'origine de ce mouvement un stimulus mécanique provenant de la pression de l'intestin contre l'anneau ombilical.

— La rotation à droite s'expliquerait, selon DOTT, par le développement du foie et la pression de la veine ombilicale gauche. En effet, la veine ombilicale gauche persiste, la droite disparaît. Alors que le lobe droit du foie s'accroît et descend, la veine ombilicale gauche est portée vers le bas et à droite. Elle exerce alors une pression sur le segment pré-artériel qui est dévié en bas et à droite. Le segment post-artériel étant dévié à gauche et en haut par le segment pré-artériel.

— *Quant à la fixation,* on invoque la théorie de la « soudure », émise par TOLDT et exposée en France par FREDET.

CHAPITRE II

# LES ANOMALIES

Une certaine confusion règne parmi ces anomalies, due en particulier à l'emploi de termes ambigus ou à des interprétations discutables. Nous essaierons de classer aussi clairement que possible ces malpositions en nous inspirant de l'évolution embryologique précédemment étudiée. Nous pouvons dissocier trois phénomènes distincts dans cette évolution :

— éviscération et réintégration.

— rotation de 270° dans le sens inverse des aiguilles d'une montre.

— descente du cœcum et fixation.

## ABSENCE DE REINTEGRATION

OMPHALOCELE. — C'est la persistance de la hernie physiologique normalement temporaire de l'anse intestinale. Le sac de l'omphalocèle est une membrane mince translucide, sillonnée par les vaisseaux du cordon (différence avec la hernie vraie recouverte de peau). Le sac renferme l'intestin moyen en partie ou en entier. Cette anse est le plus souvent en position de mésentère commun mais pas toujours (une fois sur trois environ). Dans l'omphalocèle partiel, seuls le cœcum et les anses

iléales sont à l'intérieur du cordon, ce qui confirme bien la réintégration tardive du cœcum. Cet état est grave et nécessite une intervention délicate.

## ANOMALIES DE ROTATION

Nous en distinguerons quatre grands groupes :

### 1. - Absence de rotation.

Une dizaine d'observations au maximum ont été publiées et quelques-unes ne sont pas reconnues comme des absences de rotation par tous les auteurs. Presque toutes sont des découvertes anatomiques, le cas de BERGERET et BOUDREAUX serait le premier et, peut-être, l'unique exemple de découverte radiologique.

Dans ce cas, la totalité des anses grêles est dans un plan antérieur ; le gros intestin dans un plan postérieur.

L'angle duodéno-jéjunal est sur la ligne médiane et au-dessus de l'artère mésentérique.

L'angle splénique siège également au voisinage de la ligne médiane, mais sous l'artère mésentérique.

En fait, le développement en longueur des anses grêles et des colons droit et transverse (HECKER, GRUNWALD, KUHLMANN) entraîne une certaine plicature du tube digestif. Si bien que la disposition habituelle serait, selon BERGERET et BOUDREAUX, le jéjuno-iléon placé surtout du côté droit, en avant et au-dessus des anses coliques, les colons droit et transverse sous-jacents et déportés vers la gauche.

Il n'y a pas de cadre colique identifiable.

La rétrocolie est un des caractères principaux de l'anomalie. Les deux points de repère de HECKER, GRUNWALD et KUHLMANN:

l'angle duodéno-jéjunal et l'angle splénique étant dans un plan médian.

Dans un cas, l'anse intestinale peut rester entièrement libre, soutenue par un méso commun à toutes les portions du tube digestif, cas le plus rare prédisposant au volvulus. Plus souvent, une ébauche de fixation partielle secondaire du duodénum et des colons peut se surajouter.

### 2. - Rotation dans le sens normal.

Il est important pour différencier les arrêts de rotation d'avoir des points de repères. HECKER, GRUNWALD et KUHLMANN choisissent l'angle duodéno-jéjunal et l'angle splénique. Mais ce dernier est fixé relativement tôt selon FRAZER, il semble donc préférable de le remplacer par l'anse cœco-colique, seconde anse directrice dans l'évolution du tube digestif (fig. 5).

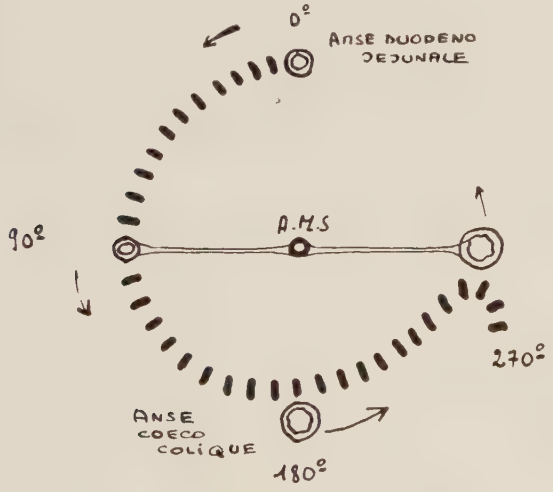



Fig. 5. — Coupe frontale

1° *Rotation arrêtée à* 90°.

La plus fréquente des anomalies de rotation (sur 33 anomalies de rotation, 27 mésentères communs, HAYMOND et DRAGSTETD). L'intestin grêle est à droite, le cœco-colon est à gauche, tous les deux dans un même plan.

L'anse duodéno-jéjunale est à droite de l'artère mésentérique.

L'anse cœco-colique est à gauche de l'artère, généralement sur la ligne médiane et en situation basse. C'est le classique *mésentère commun,* appelé NON ROTATION par DOTT et SINISTRO-COLIE *du premier degré,* par HECKER.

Il se peut qu'aucune adhérence ne se produise. Dans cette éventualité, toute la boucle d'intestin moyen reste suspendue par un pédicule étroit, l'isthme duodéno-colique de l'embryon, et l'on entrevoit facilement la possibilité de volvulus.

Nous étudierons particulièrement cette anomalie de rotation dans les pages suivantes, puisqu'elle fait l'objet de la présente étude.

2° *La rotation s'arrête à* 180° :

Rare. L'intestin grêle se trouve dans une position postérieure par rapport au gros intestin et occupe le milieu de la cavité abdominale, tout en étant dévié vers la droite. Le gros intestin est dans la partie gauche de la cavité péritonéale.

L'angle duodéno-jéjunal se trouve sur la ligne médiane, au-dessous de l'artère mésentérique.

L'anse cœco-colique est à gauche de l'artère, mais dans une situation plus haute que précédemment. Dans la classification de *HECKER, sinistro-colie du deuxième degré. Malrotation II* de DOTT.

3° *Rotation complète :* 270°

L'intestin grêle est postérieur par rapport au colon transverse.

Le gros intestin occupe le flanc gauche et l'épigastre. L'angle duodéno-jéjunal se trouve définitivement à la gauche de l'artère mésentérique, le cœcum atteint le hile du foie.

*Dystopie colique du troisième degré à torsion normale,* selon HECKER.

Ici aussi, duodénum et cœcum sont juxtaposés, la complication à redouter est le volvulus du grêle.

Si le cœcum descend, nous retrouvons la situation normale.

### 3. - Rotation inverse.

La rotation inverse est l'expression localisée de la même tendance qui produit le situs inversus chez l'adulte. (FOX, CRAWFORD J. La cause est des plus hypothétiques. STOCKARD, NEWMANN produisent un situs inversus chez les embryons d'étoile de

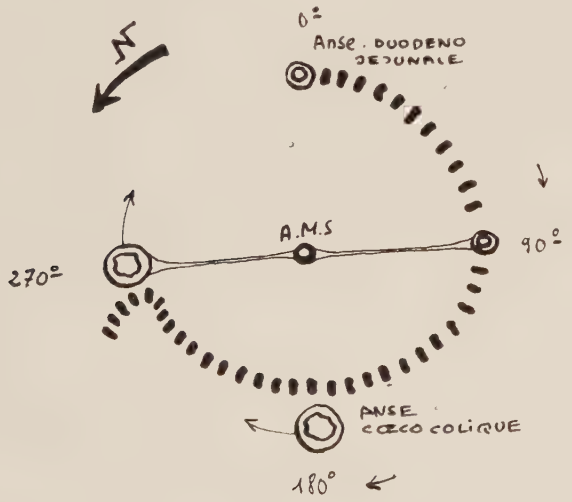



Fig. 6. — Coupe frontale

mer en modifiant la température et l'apport d'oxygène. COCKAYNE pense à une origine héréditaire et l'attribue à un gène récessif.

Cette anomalie exceptionnelle reproduit l'image réfléchie des positions précédentes (Fig. 6).

1° *La torsion s'arrête à* 90° :

L'anse duodéno-jéjunale est à gauche, le cœco-ascendant à droite, tous les deux dans un même plan. *Dextro-colie du premier degré à torsion inverse,* selon la classification de HECKER. Cas de GRUBER et de MARCHAND.

2° *La torsion s'arrête à* 180° :

L'intestin grêle est à gauche et dans un plan postérieur par rapport au gros intestin. Celui-ci est à droite de l'artère mésentérique. On ne peut ici que supposer la position des anses directrices : l'angle duodéno-jéjunal est au-dessous de l'artère sur la ligne médiane, l'anse cœco-colique est à droite. *Dextro-colie du 2e degré à rotation inverse.* Cas de DE QUERVAIN.

3° *Rotation arrêtée à* 270° :

L'intestin grêle est dans un plan postérieur, le gros intestin occupe tout le flanc droit et le cœcum aboutit à l'hypocondre gauche.

L'angle duodéno-jéjunal est à droite de l'artère, l'anse cœco-colique à gauche, l'angle splénique dans l'hypocondre droit.

*Dystopie colique du troisième degré à rotation inverse.* Nous sommes en présence ici d'un situs inversus partialis amorcé (Il n'y manque que la descente du cœcum dans la fosse iliaque gauche). Si cet état s'accompagne d'une inversion des autres organes abdominaux, nous avons un situs inversus complet

**4. - Rotation vicieuse.**

Dans ce groupe, nous comprenons les rotations anormales de l'une ou des deux anses directrices. Ces cas sont rares.

1° Le colon transverse croise l'artère mésentérique en arrière et le duodénum précroise l'artère au même point.

Ici, les deux anses directrices ont subi une rotation anormale.

Cette anomalie mise à part, les intestins occupent leur place respective dans l'abdomen. Le mésentère ayant contracté sa fixation habituelle, oblique de haut en bas, le colon transverse se trouvé piégé sous l'attache mésentérique, risquant ainsi l'occlusion. Pour Bergeret et Boudreaux, le passage du colon sous cette arcade fibreuse rétro-mésentérique serait caractéristique de cette malposition.

Dott explique cette anomalie par une rotation isolée de l'anse vitelline de 90° dans le sens des aiguilles d'une montre. Compte tenu de ce que nous savons de la rotation inverse et sachant que l'intestin occupe une place normale dans la cavité abdominale, cette explication n'est guère satisfaisante. On peut supposer au contraire que les anses directrices ont tourné dans le sens normal, mais tandis que l'anse duodéno-jéjunale passe au-dessus de l'artère mésentérique et du cœco-colon, ce dernier passe au-dessous de l'artère (Fig. 7). Cette hypothèse a l'avantage d'expliquer la situation particulière des deux anses directrices par rap-

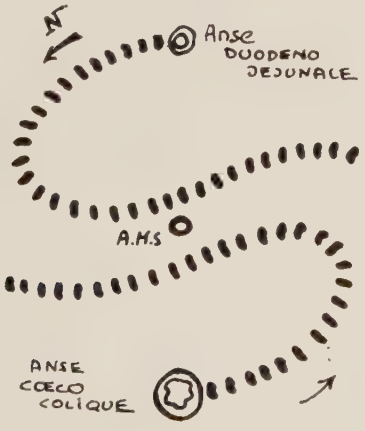



Fig. 7. — Coupe frontale

port à l'artère mésentérique, et en même temps, la position normale de ces anses dans la cavité abdominale. Cette anomalie, appelée *rotation inverse* par DOTT et *malrotation* par FEVRE, est très rare.

MC INTOSH et DONOVAN publiaient en 1939, un cas de rotation inverse et en dénombraient 16 dans la littérature mondiale. BERGERET et BOUDREAUX en ont publié un nouveau cas en 1945, portant ainsi à dix-huit le nombre de ces anomalies.

2° Le duodéno-jéjunum précroise les vaisseaux mésentériques. Le cœco-colon et le colon transverse passant également devant l'artère, sont bloqués dans la région pylorique par la malposition du grêle.

Ici, seul le duodéno-jéjunum a effectué une rotation vicieuse de 90°-180° environ.

DOTT explique cette anomalie par une rotation normale du cœcum et une rotation inverse de l'anse duodéno-jéjunale. Nous pensons que, dans ce cas également, le duodéno-jéjunum a subi une rotation dans le sens normal, mais en passant au-dessus de l'artère et non au-dessous (fig. 8).

Cette anomalie est exceptionnelle. *Malrotation I* de DOTT. Elle est à rapprocher de la sinistrocolie du 2e degré (Malrotation II de DOTT).

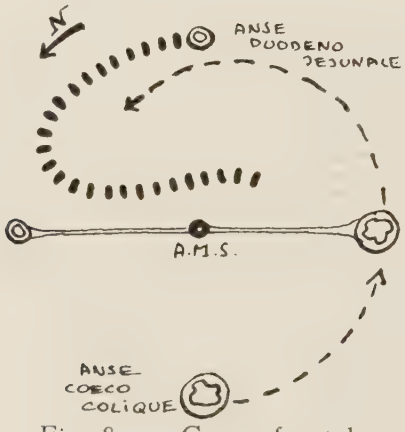



Fig. 8. — Coupe frontale

3° Nous ajouterons une dernière anomalie de rotation citée par HAYMOND et DRAGSTEDT, GARDNER, qui en rapportent un cas chacun : la hernie interne.

On a donné de nombreuses explications de la hernie interne. HAYMOND et DRAGSTEDT ont montré que c'était une anomalie de la rotation. En effet, lors de la rotation et de la réduction, l'anse duodéno-jéjunale passant devant l'artère mésentérique, essaie de passer sous l'anse cœcale. Ce faisant, elle repousse le mésentère post-artériel qui forme une poche où vont se trouver incarcérées une partie ou la totalité des anses grêles (fig. 9).

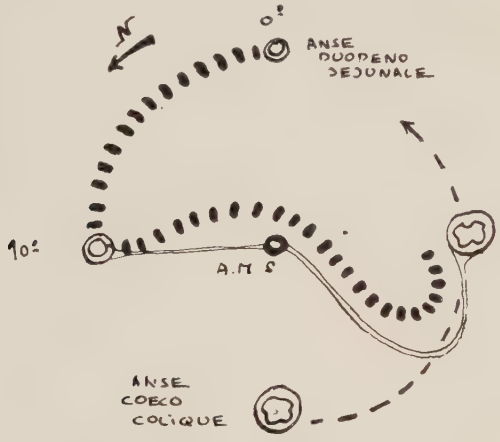



Fig. 9. — Coupe frontale

Cette affection peut se manifester par des crises d'occlusion partielle ou intermittente ; d'autres fois latente, elle sera une découverte fortuite. Dans le cas de GARDNER, le diagnostic de cette anomalie a été fait radiologiquement. Après ingestion de baryte, les anses grêles apparaissent massées dans une poche circulaire. Après lavement baryté, le colon ascendant et le transverse entourant la poche d'hernie présentent un aspect arrondi.

Nous remarquons que dans ces trois groupes, le duodéno-jéjunum précroise l'artère mésentérique.

## ANOMALIE DE DESCENTE DU COECUM ET DE FIXATION

*Cœcum anormalement situé :*

Une fixation précoce du cœcum ou un défaut d'allongement du colon sont à l'origine des divers degrés de non-descente du cœcum :

— cœcum sous-hépatique,

— cœcum dans la région lombaire.

Une fixation déficiente ou un allongement excessif du colon rendent compte d'une exagération de la descente normale du cœcum (cœcum pelvien par exemple).

Lors de la descente du cœcum enfin, l'appendice peut se trouver en position rétro-cœcale lors de la fixation du cœco-ascendant (GARDNER).

On se doute, dans tous les cas, de la difficulté de diagnostiquer l'appendicite.

*Anomalies de fixation :*

— Cœcum mobile. — L'intérêt de ce cœcum mobile, est non seulement de permettre à l'appendice d'occuper une place quelconque dans l'abdomen, mais aussi d'être le siège de volvulus.

Le volvulus cœcal, en effet, ne se produit que sur un cœcum mobile. On aura dans ce cas un syndrome d'occlusion aiguë. La radiographie pourra mettre en évidence, des anses grêles dilatées, un cœcum gonflé de gaz, et un arrêt du lavement baryté au niveau de l'angle hépatique.

NICOLE, de Bâle, a isolé un syndrome de « cœcum mobile », caractérisé par des crises abdominales récidivantes, de courte durée, à siège para-ombilical ou hypogastrique, se déclenchant après un repas, un exercice, souvent sans cause. Au cours de ces crises, on note une certaine pâleur de la face, parfois une perte de connaissance. Dans ce cas la mobilité du cœcum n'est pas seule

en cause, il s'y ajoute des troubles inflammatoires et circulatoires.

— Anomalie de fixation du mésentère commun. — Le mésentère commun peut rester libre et flottant comme chez certains animaux (chat, chauve-souris). Il coïncide généralement avec une anomalie de la rotation, mais peut exister après rotation complète. Il est évident qu'une telle disposition prédispose au volvulus.

Le mésentère commun peut également, et c'est le cas le plus courant, subir des adhérences irrégulières : certaines brides entraînent la formation de fossettes où peuvent se produire des hernies, d'autres étranglent un segment du tube digestif ou accolant les deux pieds d'une anse intestinale la prédisposent au volvulus.

— Formation de brides préduodénales. — Eventualité fréquente. Déjà décrites par Ladd, ces brides fixent le colon droit à la paroi postéro-latérale droite en écrasant le duodénum. Suivant le degré de la rotation, cette bride partira du colon transverse (rotation de 90° mésentère commun) ou du cœcum (rotation de 180°-270°). Dans les deux cas, en plus de la sténose duodénale extrinsèque provoquée par cette bride, duodénum et colon droit accolés en canon de fusil, font courir le risque de volvulus aux anses grêles qui leur sont appendues. Ces brides ne sont pas d'origine inflammatoire, comme on a pu le penser, mais sont plutôt le fait d'anomalies de la fixation. On les a considéré comme d'origine épiploïque (Daynes). Quenu pense au contraire qu'il s'agit d'une ébauche avortée d'un accolement colique pré-duodénal. En effet, l'accolement du colon droit commence devant le duodénum, puis progresse de haut en bas à mesure que le cœcum descend. En cas de malposition, la fixation du cœcum est limitée à une bride préduodénale. Exceptionnellement cet accolement peut se poursuivre recouvrant les anses grêles d'un voile membraneux qui réunit

le colon ascendant à sa zone normale d'accolement, et donnant un aspect de pseudo-hernie interne.

Selon Mac Intosh et Donovan, aux brides pré-duodénales sténosantes, s'associerait presque toujours une disposition anormale de l'intestin. Tout ceci vaut pour l'enfant, comme le remarque Quenu, l'association de brides, de sténoses duodénales et de malposition étant beaucoup plus rare chez l'adulte.

En résumé, nous pouvons classer ainsi les diverses anomalies :

**I. - Absence de réintégration :**

Omphalocèle.

**II. - Anomalie de la rotation :**

1. Absence de rotation.

2. Rotation normale.

*Arrêt à* 90° :

Mésentère commun classique
ou sinistro-colie du premier degré
ou non-rotation de Dott.

*Arrêt à* 180° :

Sinistro-colie du deuxième degré.
Malrotation II de Dott.

*Arrêt à* 270° :

Dystopie colique du troisième degré
à torsion normale.

3. Rotation inverse :

*Arrêt à* 90° :

Dextro-colie du premier degré.

*Arrêt à* 180° :

Dextro-colie du deuxième degré.

*Arrêt à 270°* :

Dystopie colique du troisième degré
à torsion inverse.

4. Rotation vicieuse :

Dans tous les cas, le duodénum est pré-mésentérique.

— Rotation vicieuse des deux anses directrices.
Le duodénum et l'artère mésentérique précroisent le colon transverse : rotation inverse de Dott, malrotation de Fevre.

— Rotation vicieuse de l'anse duodéno-jéjunale.
Le duodéno-jéjunum et le cœcum sont juxtaposés au voisinage du pylore : Malrotation I de Dott.

— Rotation vicieuse de l'anse duodéno-jéjunale :
Hernie intra-abdominale.

**III. - Anomalie de la fixation et de la descente cœcale :**

— Cœcum anormalement situé.

— Anomalies de fixation :
Cœcum mobile.
Mésentère commun libre ou anormalement fixé.
Brides pré-duodénales.

CHAPITRE III

# LE MÉSENTÈRE COMMUN

## ETUDE CLINIQUE

Ces différentes anomalies (et en particulier le mésentère commun) peuvent se manifester sur le plan clinique par des symptômes très divers que l'on peut schématiser en :

— Forme latente.
— Forme digestive banale.
— Forme occlusive.

### FORME LATENTE

Sans doute la plus fréquente. Sur 105 cas de GARDNER et HART, 70 n'avaient aucun signe clinique. Elle n'est découverte que tout à fait fortuitement, par exemple à l'occasion d'une appendicectomie ou d'un examen radiographique.

### FORME DIGESTIVE BANALE

Elle se manifeste par des troubles de stase chronique au niveau des différents segments du tube digestif. A son tour,

la stase entraîne des phénomènes inflammatoires, en particulier au niveau de la région cœco-colique.

### Phénomène de stase

*Stase duodénale :*

Avec douleur vague et distension gastrique après les repas. Troubles sans doute dus à des plicatures au niveau d'adhérence, mais aussi à des dysfonctionnements dynamiques sur un intestin ectopique. La radioscopie révèle fréquemment un estomac hypotonique ainsi qu'une distension duodénale et jéjunale haute . (NELL).

*Stase iléo-colique :*

Ces malades présentent de longues périodes de constipation, opiniâtre, souvent indolente, existant fréquemment depuis l'enfance. Ces phases de constipation se terminent par des crises diarrhéiques.

Cette stase colique peut s'expliquer par la malposition intestinale. La constipation, en effet, a été longtemps rattachée à des vices de position intestinale (CAROLI, BROUET). Plus probablement, la stase est due aux nombreuses angulations et boucles provoquées par cette anomalie, surtout lorsqu'il s'ajoute, ce qui n'est pas rare, un dolicho-colon. Là aussi, il faut faire intervenir des troubles fonctionnels, objectivés par le ralentissement du transit et retrouvés dans tous les cas décrits par BABAIANTZ.

WARMOES ne rattache pas la constipation au mésentère commun, invoquant la relative rareté de cette affection chez les porteurs de mésentère commun (2 cas sur 11 rapportés).

### Phénomènes inflammatoires

Cette stase stercorale s'accompagne fréquemment de troubles inflammatoires à type de colites et de péri-colites.

L'observation de Caroli, Brouet est manifeste à cet égard, où l'on voit après une longue période de constipation apparaître des phénomènes douloureux dus à l'infection colitique et péricolitique.

Dans tous ces cas, on pourra mettre en évidence une vacuité de la fosse iliaque droite.

## FORMES OCCLUSIVES

Elles se présentent sous deux formes différentes suivant que l'occlusion a lieu près de la naissance ou plus tard au cours de la vie. Elles ont en commun d'être presque toujours des occlusions duodénales hautes sous-vatériennes.

Elles reconnaissent deux grandes causes :

— la sténose extrinsèque.

— le volvulus.

### 1. - Occlusions aiguës néo-natales

Se manifestent dès les premiers jours de la naissance et révèlent un caractère de haute gravité. Leur symptomatologie est très fruste.

— Vomissement alimentaire puis bilieux (symptôme le plus précoce et le plus constant).

Rarement absence de selles, car l'occlusion est incomplète (Aldrich). La présence de méconium ne doit donc pas faire écarter la possibilité d'une occlusion (Mac Intosh, Donovan).

— Pas de ballonnement, ce sont les occlusions « à ventre plat », décrites par Fevre et Duhamel.

— Les mouvements péristaltiques sont rarement retrouvés.

— Le toucher rectal ramène parfois un peu de sang, mais c'est un signe bien tardif.

On remarque la pauvreté de la symptomatologie pratiquement réduite aux seuls vomissements bilieux. Et l'on en déduit

de la nécessité de s'alarmer des vomissements inexpliqués chez un nouveau-né, surtout s'ils sont bilieux et répétés, et demander un examen radiographique.

Le diagnostic différentiel se fera avec toutes les causes d'occlusion rencontrées chez le nouveau-né :

— Sténose du pylore — 85 % de garçons (2-3 semaines après la naissance). Vomissements sans bile aussitôt après l'ingestion.

— Invagination (6-12e mois de l'enfance surtout). L'examen baryté fait le diagnostic et parfois le traitement.

— Hernie externe étranglée ombilicale ou inguinale.

Les autres causes d'occlusion sont impossibles à reconnaître par la radio et la clinique.

Ce qui est important dans ces cas d'occlusion intestinale du nouveau-né, c'est de reconnaître le syndrome occlusif au plus tôt et d'éloigner la possibilité d'une invagination intestinale, que le lavement baryté peut suffire à traiter. Dès que la clinique et la radio auront confirmé l'occlusion, il faut intervenir au plus vite. Une intervention faite trop tard aboutit trop souvent à la mort.

### II. - Occlusions subaiguës ou chroniques tardives

La malformation est longtemps tolérée, et l'intervention ne ne devient nécessaire qu'à des âges variables ; le malade de Froelich fut opéré à 3 ans ; celui d'Ombredanne à 11 ans ; celui de Moulonguet à 21 ans ; celui de Merle d'Aubigné à 55 ans.

Comme le remarque Ombredanne, l'occlusion aiguë a été précédée par d'autres troubles. Souvent, il s'agit de crises de sub-occlusions à répétition et l'on peut émettre l'hypothèse d'un volvulus ; dans d'autres cas, les troubles prémonitoires réalisent un tableau de sténose duodénale chronique. Mac Intosh et

Donovan opposent les deux types de sub-occlusion. Le volvulus donnerait des crises intermittentes. Les sténoses par brides se manifesteraient par des symptômes plus chroniques, les intervalles entre les crises ne restant pas sans symptômes, ne serait-ce qu'une vague gêne abdominale après les repas.

L'apparition d'une occlusion aiguë ou la répétition de plus en plus fréquente des crises subaiguës aboutissent souvent à l'intervention.

## EVOLUTION DE L'OCCLUSION

Extrême gravité, en particulier chez le nouveau-né et l'enfant.

Snyder, mortalité de 23 % ; Ladd, mortalité de 37 % ; Mac Intosh, mortalité de 33 %.

## CAUSES DES OCCLUSIONS

Deux grandes causes d'occlusions :

le volvulus,
la sténose.

1° *Le volvulus :*

Le volvulus intéresse une plus ou moins grande partie des anses intestinales.

— Chez l'enfant à la naissance : dans 5 cas de volvulus, 4 avaient un volvulus portant sur tout l'intestin moyen.

— Chez l'adulte au contraire, le volvulus intéresse une plus faible part d'anses intestinales : 5 fois sur 6, il était iléo-cœcal (Dott). Mais le volvulus de tout l'intestin moyen est encore possible à un âge avancé (Rousset).

Ce volvulus entraîne dans la plupart des cas une occlusion sous-vatérienne :

— par traction sur des brides péritonéales en travers du duodénum.

— par traction en corde sur la mésentérique supérieure qui écrase la troisième portion du duodénum (pince aortico-mésentérique).

Causes de volvulus :

— Causes prédisposantes :

1. Une base anormalement étroite à l'anse ou au groupe d'anses intestinales.

2. Longueur anormale du mésentère.

3. Point d'adhérence à la convexité de l'anse pouvant agir comme axe de rotation.

— Causes déterminantes :

1. Effort inaccoutumé ou accidentel du corps.

2. Péristaltisme intestinal.

3. Distension anormale de l'intestin.

— Considérant ces conditions, on s'explique la relative fréquence du volvulus chez le nouveau-né qui présente une anomalie de rotation (Dott).

2° *La sténose duodénale :*

— La bride de Ladd, accolant le cœcum ou le colon ascendant à la région sous-hépatique, étrangle le duodénum et peut favoriser également le volvulus de l'anse intestinale. Cette bride peut comprimer les voies biliaires et entraîner un ictère (Sachs).

— La pince aortico-mésentérique peut plus rarement entraîner une occlusion à condition que le duodénum passe sous la mésentérique (donc pas dans le mésentère commun, à moins de volvulus). En effet, l'axe mésentérique, chargé de toute la masse intestinale lourde, menacée de capotage et de torsion, écrase le duodénum en passant devant sa troisième portion.

— Brides et volvulus sont fréquemment associés ; sur 18 cas d'occlusion :

— 5 brides,

— 2 volvulus,

— 11 volvulus avec brides (Lefevre-Sauvegrain).

Aussi Ladd conseille-t-il au cours de l'intervention sur le volvulus, de vérifier l'absence de brides duodénales.

— *Le volvulus est plus fréquent que la sténose par brides,* puisque sur 13 cas d'occlusion présentés par Dott, il y avait 11 volvulus. Sur 40 cas de rotation défectueuse avec occlusion, il y avait 32 volvulus et 8 par brides ou volvulus et brides associés (Snyder).

— *Enfin ces accidents sont plus fréquents chez le nouveau-né et le nourrisson* que chez l'adulte. Sur 23 mésentères communs, 10 ont été opérés avant 1 mois, 8 entre 1 mois et 1 an (Fevre et Duhamel). Sur 156 anomalies de la rotation, 87 opérés avant 1 mois, 40 entre 1 mois et 1 an (Ladd). Sur 14 cas d'occlusion par vice de rotation, 6 ont été opérés pendant la première semaine (Aldrich).

A côté de ces occlusions duodénales, il faut signaler la possibilité d'occlusion jéjunale (Sauvegrain) ou iléale par brides ou adhérences.

Etant donné la mobilité des segments, on peut avoir, parfois, des invaginations iléo-cœcales.

Enfin, aux malformations intestinales, s'ajoutent quelquefois des atrésies (Mac Intosh et Donovan, Aldrich).

## FORMES CLINIQUES

On a décrit de nombreuses formes cliniques :

— Formes dyspeptiques.

— Formes vésiculaires.

— Formes pseudo-ulcéreuses.

— Formes colitiques.

Autant de formes que de cas. On peut se demander avec WARMOES si on n'a pas trouvé un mésentère commun chez un gastrique, chez un vésiculaire, un colitique, tous des malades qui auraient eu les mêmes troubles s'ils n'avaient pas eu de mésentère commun.

Enfin, la malposition intestinale entraînant parfois des troubles circulatoires, on peut avoir, exceptionnellement des hémorragies digestives (MAC INTOSH, DONOVAN).

## FORMES ASSOCIEES

Elles sont extrêmement variées. Il en est une, cependant, sur laquelle il faut attirer l'attention, c'est l'association d'un mésentère commun (le plus souvent méconnu) et d'une appendicite. En effet, elles sont la sources de grosses difficultés de diagnostic :

— Signes d'appendicite en pleine région ombilicale ; sous-hépatique ; dans la fosse iliaque gauche.

— Signes d'appendicite typique parfois signalé par RAUTUREAU-DALMAS, et manifeste dans deux de nos observations. (Obs. 2, 3).

— Signes d'emprunt parfois : pseudo symptômes de perforation avec un appendice sous-pylorique, cholécystite et appendice sous-hépatique...

Et elles entraînent le chirurgien appelé d'urgence dans des appendicectomies souvent laborieuses (DUCLOS, FAURE, BABAINTZ...) parfois mortelles (ZAPPAGINI). Un examen radiologique préalable sera de première importance pour contrôler le diagnostic, pour établir le plan opératoire et préciser la technique et éviter ainsi une cicatrice inadéquate ou des risques opératoires au malade.

## ETUDE RADIOLOGIQUE

Les signes cliniques rassemblés précédemment, ne sont remarquables que par leur discrétion, aussi conçoit-on l'importance de l'examen radiologique. Celui-ci va nous permettre, non seulement de déceler les anomalies de rotation, mais également d'apporter un argument considérable pour le diagnostic des complications.

### ETUDE RADIOLOGIQUE DU MESENTERE COMMUN

#### Examen sans préparation

Il est habituel de retrouver chez le sujet normal, lorsqu'on fait une radiographie de pénétration correcte de l'abdomen, différentes images aériques situées dans des secteurs privilégiés. Aussi rencontre-t-on des taches claires dans la région du cœcum, de l'angle hépatique, de l'angle splénique et enfin de la région recto-sigmoïdienne. Par ailleurs, en station verticale, la clarté de la poche à air de l'estomac est bien visible sous la coupole diaphragmatique gauche.

Une étude attentive de la répartition de ces images gazeuses coliques, permet fréquemment le diagnostic d'anomalies de positions intestinales :

— Ainsi, des gaz iléo-cœcaux trouvés sur la ligne médiane ou à gauche, avec une poche à air gastrique à droite, font penser à l'existence d'un situs inversus.

— Si la clarté gazeuse cœcale est médiane ou paramédiane, la poche à air gastrique en situation normale, et la partie droite de l'abdomen vide de gaz, on pourra proposer presque à coup sûr, le diagnostic d'un mésentère commun que des examens plus approfondis sanctionneront.

#### Examen après opacification

Estomac. — L'estomac est en situation normale, mais il est souvent hypotonique, parfois ptosé. Peut-être l'absence du

**Cliché 1.** — **Observation n° 1.** — Mésentère commun para-médian gauche.

**Cliché 2.** — **Observ. n° 2.** — Après repas bar
té. Mésentère commun para-médian gauche. C
remarque l'iléon pénétrant dans le cœcum par
la droite.

**Cliché 3.** — **Observ. n° 2.** — Après lavement baryté, mésentère commun para-médian droit.

**Cliché 4.** — **Observ. n° 3.** — Les anses grêl
apparaissent à droite du rachis.

transverse et de son méso, comme moyen de contention, est-elle la cause de cette ptose (Dallet, Ledoux-Lebard).

Duodenum. — La première portion et la deuxième portion sont normales. La troisième portion au contraire, au lieu de se diriger vers la gauche se dirige, soit vers la droite, en formant un angle plus ou moins aigu avec la deuxième portion, soit descend verticalement vers la fosse iliaque droite continuant la direction du deuxième duodénum.

*Cas particuliers :*

Cas de Babaiantz. — Le troisième duodénum a gardé une direction normale jusqu'en son milieu où il se coude vers la droite suivant un angle aigu. L'angle duodéno-jéjunal est donc presque médian ; peut-on ici parler d'une sinistro-colie du 2e degré (rotation de 180°) ?

Il ne semble pas, car tous les autres critères du mésentère commun sont retrouvés à l'examen. La position de l'anse duodéno-jéjunale peut s'expliquer :

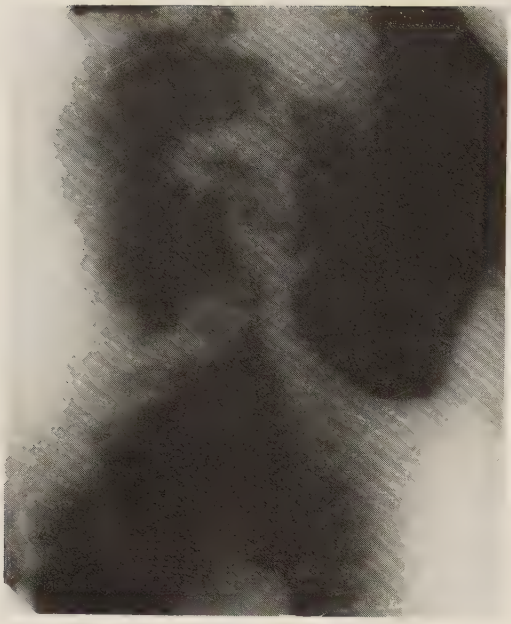
— par un début de rotation entre 90° et 180° de cette anse. La torsion de celle-ci précédant, nous le savons, celle du cœcum qui n'a pas encore réintégré la cavité abdominale.

— par une adhérence attirant le duodénum à gauche.

Cas de Bergeret-Boudreaux. — Le duodénum mobile a basculé de 180° autour d'un axe transversal. Si on rétablit par la pensée sa situation normale, l'angle duodéno-jéjunal est à droite et le jéjunum descend verticalement vers la fosse iliaque droite.

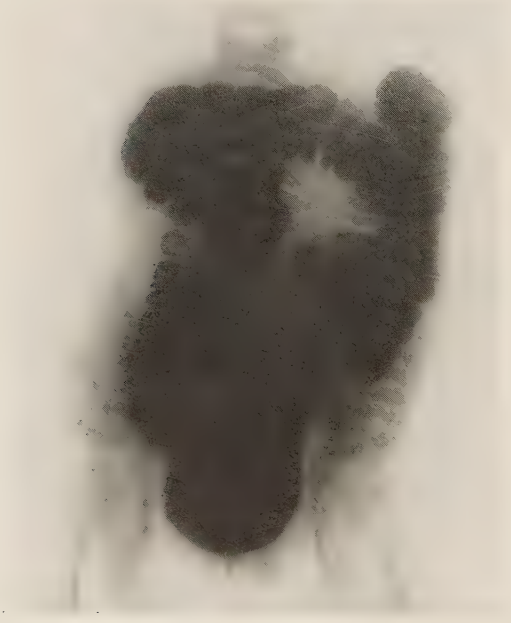
Le jéjunum. — Il n'y a pas d'angle duodéno-jéjunal identifiable. Le jéjunum descend à droite du rachis et vient rejoindre les autres anses grêles, toutes massées dans la fosse iliaque droite. L'iléon en sort pour pénétrer dans le cœcum par la droite (cœcum inversé de Dott).

Cas particulier de Voegt. — Les anses iléales sont passées à gauche et s'abouchent normalement au cœcum.



**Cliché 5. — Observ. n° 6.** — Outre la stase duodénale, pas de cadre duodénal. Dextro-position duodéno-jéjunale.

**Cliché 6. — Observ. n° 5.** — Cœco ascenda para-médian. Cœcum haut situé par le fait d'adi rences.



**Cliché 7. — Observ. n° 6.** — Mésentère commun para-médian droit.

**Cliché 8. — Observ. n° 5.** — Rétablissemer d'un cadre colique après section des adhérences colectomie.

Les colons. — Le colon ascendant a l'aspect d'une anse verticale fortement segmentée. Il émerge du petit bassin où se trouve le cœcum reposant sur le dôme vésical. Il n'y a pas d'angle hépatique, celui-ci est remplacé par un angle mésentérique (ou céphalique d'Altschull) situé au niveau de l'origine de l'artère mésentérique. En aval de cet angle, le colon se dirige vers l'angle splénique en décrivant classiquement une boucle en U plus ou moins discernable. Le colon gauche est normal.

Nous avons vu que le cœcum est généralement sus-vésical, il est également la plupart du temps situé sur la ligne médiane rarement à droite (cas de Weiss et Karell). Par contre, le colon ascendant et l'angle mésentérique varient de place et Babaiantz et Kadrnka décrivent :

— un type paramédian gauche,

— un type médian,

— un type para-médian droit.

### La mobilité des segments digestifs

Elle est très variable suivant la longueur des mésos, les adhérences contractées. On a signalé, dans certains cas, une mobilité exagérée de l'angle mésentérique.

### Diagnostic différentiel

— *Infraversion du duodénum,* mais l'angle duodéno- jéjunal est à gauche.

— *Ptose de l'angle hépatique.* Elle peut donner une fausse image de sinistro-colie. Mais le cadre duodénal normal emporte le diagnostic.

### Les caractères radiologiques du mésenture commun

Ils peuvent être résumés ainsi :

— Dextro-position du troisième duodénum.

— Absence d'angle duodéno-jéjunal.

— Dextro-position du jéjunum.

— Sinistro-position du colon ascendant.

— Absence d'angle hépatique.

— Formation d'un angle mésentérique dans le creux épigastrique.

---

## ETUDE RADIOLOGIQUE DES OCCLUSIONS PAR MESENTERE COMMUN

### Sans préparation

Affirme l'occlusion parfois, en découvrant un duodénum énorme au-dessus de la sténose. Au-dessous, le collapsus des viscères donne un aspect opaque et homogène à la région abdominale inférieure. En fait, l'obstruction étant souvent incomplète, la présence de gaz dans l'intestin ne va pas nous permettre d'éloigner le diagnostic d'occlusion.

### Repas opaque

La plupart des auteurs s'élèvent contre l'ingestion de la baryte dans les occlusions aiguës. En effet, la baryte peut être vomie, et l'examen ne sera pas significatif. L'on peut craindre l'aspiration de la baryte dans les voies respiratoires (Ladd et Gross). Enfin, on risque de transformer une occlusion incomplète en occlusion complète (Pollock). Il paraît évident que l'ingestion de substance opaque peut apporter des renseignements importants, mais il semble indispensable de prendre certaines précautions.

Ladd et Gross suggèrent :

— d'utiliser une solution légère,

— de passer une sonde dans l'estomac après l'examen pour réaspirer la plus grande quantité possible de baryte par lavage gastrique.

Certains auteurs conseillent d'employer une longue sonde d'intubation (type Miller-Abbot) et de porter au niveau de la région suspecte le matériel opaque : baryte diluée (Miller), dérivé iodé (Dolin-Matthews). Enfin, Mellins et Hillmans préfèrent aspirer le contenu gastrique et ensuite injecter de l'air.

Quoi qu'il en soit, cette technique permettra, non seulement d'affirmer l'occlusion, mais d'en préciser le siège.

### Lavement baryté

Il est repoussé comme inutile ou dangereux (dans l'occlusion aiguë) par quelques auteurs. (Ladd et Gross, Pollock), la plupart semble cependant reconnaître son intérêt diagnostic. Fevre et Duhamel conseillent d'employer une solution diluée et sous faible pression.

### Conduite de l'examen

*Mise en évidence de la sténose :*

Parfois manifeste sur film simple.

Plus souvent rendue évidente par opacification par voie orale :

— duodénum distendu,

— pylore élargi,

— estomac stasique.

— interruption de la colonne opaque.

*Recherche de la cause :*

Il est parfois facile de mettre en évidence l'anomalie de rotation en cas d'occlusion. Plus souvent, les critères radiologi-

ques seront bouleversés par des adhérences et davantage encore par un volvulus. Lors, on pourra méconnaître une sinistro-colie, devant un colon entraîné à droite par une bride. Inversement on pourra croire à l'existence d'un mésentère commun devant un colon ascendant ayant effectué une rotation normale mais non accolé et ramené à gauche par un volvulus. Connaissant ces causes d'erreur, on arrive à les dépister et à faire le diagnostic de défaut de rotation dans la majorité des cas (LEFEVRE-SAUVEGRAIN).

Peut-on être plus précis et faire le diagnostic de volvulus sur malrotation ? Une ectopie du cœcum et du colon ascendant, par rapport à la topographie classique du mésentère commun, pourrait le suggérer. Mais cette ectopie peut être le fait d'une bride et la plupart des auteurs reconnaissent l'impossibilité de préciser avant l'intervention si l'obstruction duodénale est due à une atrésie, une bride extrinsèque ou un volvulus (GARDNER, LEFEBVRE, SAUVEGRAIN).

Le chirurgien aura donc, grâce à l'examen radiographique, deux informations de grande importance qui vont orienter dans un sens précis sa technique opératoire : il est en présence d'une occlusion duodénale sur un mésentère commun. Car, comme le remarque CAFFEY : « Il n'y a peut-être pas en radio-pédiatrie de domaine où le patient bénéficie davantage d'un diagnostic précoce exact où pâtit davantage d'un diagnostic tardif ou imprécis ».

## ETIOLOGIE DU MÉSENTÈRE COMMUN

Les raisons de la persistance de ces anomalies nous échappent le plus souvent.

Certains cas correspondent à une anomalie génétique ou embryologique comme le signe la fréquente coexistence d'autres malformations associées :

— D'après Bodian, un tiers des cas s'accompagnerait de mongolisme. Sur les 11 cas rapportés par Bodart et Neimann, il y avait 2 mongoliens.

— Les atrésies intestinales associées ne sont pas rares (Aldrich, Sauvegrain, Mac Intosh et Donovan).

La plupart du temps, nous devons nous contenter d'hypothèses qui, sans être évidentes, ont au moins le mérite de fournir une réponse à nos questions. Au cours de la rotation de l'anse duodéno-jéjunale de 90° à 180°, s'effectue la réintégration de l'intestin, du cordon dans l'abdomen. Nous avons vu que ce retour s'effectuait dans un sens précis, l'anse duodéno-jéjunale entraînant dans sa rotation les dernières anses jéjunales, puis l'iléon et en dernier lieu le cœcum. Un écart dans cet ordre est, selon Dott, la seule explication possible aux anomalies rencontrées. Le cœcum réintégrant le premier l'abdomen, vient se placer à gauche de l'artère mésentérique. Les anses grêles ne peuvent que se placer à droite et l'anse duodéno-jéjunale ne peut continuer sa rotation de 90° à 180°, bloquée, on peut l'imaginer, par le poids des anses grêles, à droite, et par l'obstacle du cœco-colon à gauche.

Un obstacle à la réduction du grêle, un orifice ombilical anormalement grand, peuvent troubler l'ordre de réintégration.

Si cette dernière hypothèse est difficilement vérifiable, la première, au contraire a pu être démontrée par le cas de Hunter, semble-t-il, unique dans la littérature, où un kyste mésentérique fixé au jéjunum empêchait la réduction du grêle.

La cause du mésentère commun semble évidente pour certain, lorsqu'il existe un omphalocèle...

Pour Gross, un mésentère commun pour 3 omphalocèles.

Pour Fevre et Duhamel, sur 13 omphalocèles :

— 4 mésentères communs,

— 6 défauts d'accolement,

— 3 cas normaux.

...Ou une hernie diaphragmatique :

Pour Gross, un mésentère commun pour 6 hernies diaphragmatiques.

Pour Fevre et Duhamel, sur 6 hernies diaphragmatiques :

— 1 mésentère commun,

— 2 défauts d'accolement.

— 3 cas normaux.

Il est possible d'objecter avec Fevre et Duhamel, que ces deux malformations ne sont pas la cause du mésentère, mais seulement une malformation concomitante tout comme le mongolisme.

Cependant des publications récentes ont mis l'accent sur le caractère familial du mésentère commun :

— Tailhefer a signalé le cas de deux frères âgés de près de 70 ans, opérés à quelques mois d'intervalle, et présentant tous les deux un mésentère commun.

— Quenu, de son côté, cite deux sœurs présentant également une malposition intestinale.

Enfin, une péritonite méconiale peut encapsuler l'intestin à un moment quelconque de son évolution.

## FRÉQUENCES

Il est difficile de dénombrer la fréquence de ces anomalies, car la diversité des appellations, et le manque de précision des statistiques compliquent singulièrement le problème. Nous essaierons de donner une idée de la fréquence de ces malpositions

et aussi, car là réside le grand intérêt de ces anomalies de la rotation, des occlusions qu'elles provoquent.

— *Anomalies de position du tube digestif :*

Favre et Dechien, en 1953, en dénombraient 160 cas. Snyder en 1954 : 300 cas d'anomalies de la rotation. Feldmann, sur 20.000 examens radiologiques du tube digestif, découvre 5 cas de rotation défectueuse : 0,04 %. Babaiantz, 4 cas sur 3.000 examens du tube digestif, pourcentage d'environ 0,1 %.

Snyder, sur 3.861 interventions (1937-1952) abdominales, 40 cas de rotations défectueuses ; fréquence : 1 %.

Si le pourcentage de Feldmann est trouvé un peu faible par tous les auteurs il semble bien que c'est entre 0,1 et 1 % que doit être évaluée la fréquence de ces anomalies dont la plus fréquente est, rappelons-le : le mésentère commun.

— *Occlusions :*

Ladd sur 60 cas d'occlusions rapporte 20 cas dus à une anomalie de la rotation.

Fevre et Duhamel, sur 39 cas d'occlusions duodénales trouvent 24 rotations défectueuses (dont 23 mésentères communs).

Nous voyons que l'occlusion duodénale par anomalie de rotation est beaucoup plus fréquente qu'on ne le pense.

Elle représenterait 30 à 58 % de toutes les formes d'occlusion intestinale chez l'enfant (Dolin, Matthews).

## TRAITEMENT

Le traitement du mésentère commun est le plus souvent symptomatique et se bornera à soigner la constipation ou la colite ; dans quelques cas, des accidents occlusifs nécessiteront une intervention qui, d'après Fevre et Duhamel, consiste à

— détordre le volvulus,

— sectionner les brides,

— respecter le mésentère commun.

— La section des brides pré-duodénales déjà recommandée par LADD supprime la sténose quand elle existe et écarte le colon droit du duodénum, ce qui élargit le pied de l'anse ombilicale.

— S'il faut laisser le tube digestif dans sa malposition, il semble nécessaire de fixer le cœcum et le colon ascendant, DUHAMEL fixe le colon droit au colon gauche, empêchant ainsi la volvulation de cette anse et interdisant au colon droit de se placer près des brides pré-duodénales, dont le professeur FEVRE a signalé l'évolution ; chez l'adulte où le danger de volvulus est surtout iléo-cœcal, on se contentera, comme le conseille NICOLE, de recourir à la colopexie, ou à la cœcoplicature, ou encore à la résection iléo-cœcale, sans oublier évidemment de sectionner les brides éventuelles.

## CHAPITRE IV

# OBSERVATIONS

### OBSERVATION N° 1

M^me^ Thérèse P..., âgée de 40 ans, présente un syndrome ulcéreux.

Intervention : le 6 janvier 1953 (Docteur Nard).

Outre un ulcère de la deuxième portion du duodénum, on remarque :

— un duodénum mobile.
— pas d'angle duodéno-jéjunal.
— pas de transverse.

On pratique une gastro-entérostomie, le siège de l'ulcère interdisant la gastrectomie.

Un examen radiologique fait le 10 juillet 1953 montre :

— Un bon fonctionnement de la bouche de gastro-entérostomie.

— Une image de bulbite.

— Une anomalie topographique type mésentère commun, comme on avait pu le supposer lors de l'intervention (Cliché 1).

**En résumé** : Ulcère duodénal sur mésentère commun. Existe-t-il un rapport entre la malposition et l'ulcère ? Nous le verrons plus loin.

### OBSERVATION N° 2

M^lle^ G..., 8 ans, présente une crise d'appendicite typique.

Intervention le 6 mars 1952 (Docteur Nard).

Incision latérale droite, on ne voit que du grêle, pas de trace de cœcum, ni de colon.

Le chirurgien, pensant à la possibilité d'un mésentère commun arrive en soulevant fortement la paroi, à apercevoir le colon, le cœcum et à pouvoir l'attirer suffisamment pour enlever l'appendice malade.

Suites opératoires simples.

L'examen radiologique le 3 avril 1952 montre :

— un retard à l'évacuation de l'estomac.

— les anses jéjunales à droite.

— une augmentation de la longueur et de la mobilité du cœcum ascendant.

— Le colon ascendant à gauche (cliché 2).

**En résumé** : Appendicite typique et mésentère commun accompagné d'une hypotonie gastrique et d'un dolicho-colon.

## OBSERVATION N° 3

Mme Isabelle B..., âgée de 37 ans, est hospitalisée pour une appendicite chronique.

Intervention le 22 novembre 1955 (Docteur Nard).

Le chirurgien ayant l'habitude d'opérer souvent par voie médiane chez les femmes (ce qui n'aggrave en rien l'intervention et permet un regard sur l'appareil génital), aperçoit le cœcum dans la cavité pelvienne avec un appendice enflammé. Le grêle part de la gauche vers la droite. Le cœco ascendant partant de la cavité pelvienne monte vers la gauche.

Appendicectomie.

Cœco-plicature.

Examen radiologique :

Montre une anomalie topographique du type mésentère commun associée à un dolichomégacolon (Cliché 4).

**En résumé** : Appendicite typique sur mésentère commun, associé à un dolichomégacolon.

## OBSERVATION N° 4

Le jeune B..., 19 ans, souffre du ventre depuis très longtemps et plus particulièrement depuis deux jours : Il a l'impression que son intestin se vide mal. A l'examen, l'abdomen est tendu. La sensibilité diffuse. Le malade est fatigué, légèrement fébrile. La palpation montre l'absence de gargouillement cœcal à droite, qui est retrouvé à gauche.

Devant l'impression de gravité que suggère le malade, le chirurgien décide d'opérer, croyant à une appendicite masquée ou à une invagination aiguë. Intervention le 14 septembre 1955 (Docteur Gouzy) :

Incision de Mac Burney.

On ne trouve que des anses grêles et pas de cœcum.

Fermeture de la paroi et incision médiane sus et sous-ombilicale.

Le cœcum et l'appendice sont à gauche.

Le duodénum est recouvert par un enchevêtrement d'adhérences qui sont sectionnées.

Appendicectomie de précaution.

Suites opératoires difficiles les premiers jours. Amélioration le 3e jour.

Il s'agit donc d'un mésentère commun.

— Radio (Docteur Laborde) :

Estomac, première et deuxième portion du duodénum sont normaux ; le troisième duodénum descend verticalement à droite du rachis.

Les anses jéjunales continuent cette direction sans dépasser le bord gauche de la colonne lombaire. Les dernières anses iléales aboutissent au cœcum situé à gauche (type para-médian gauche).

**En résumé :** Il s'agit donc de crises de sub-occlusions sur un mésentère commun.

## OBSERVATION N° 5

M. M..., 46 ans, souffre du ventre depuis longtemps, en particulier du côté gauche. Ces crises répétées, pénibles, influent sur son moral et l'amènent à consulter le Docteur Nard.

Un examen radiologique montre un colon entièrement situé à gauche, tordu sur lui-même. Les anses grêles sont toutes à droite, il s'agit donc d'un mésentère commun (cliché 6).

On peut expliquer les douleurs de deux façons :

— appendicite, puisque appendice ectopique.

— volvulus, la radio montrant une torsion du gros intestin.

Intervention le 2 novembre 1955.

Incision para-médiane gauche. On remarque un gros cœcum, un gros appendice et de nombreuses adhérences étranglant :

— la terminaison du grêle.

— ce qui devrait correspondre à l'angle hépatique (angle mésentérique)

— le transverse.

Jusque là, le gros intestin était dilaté, ensuite il apparaît normal ; on libère l'angle splénique et quand on a pu dérouler convenablement tout le gros intestin entre cet angle splénique et le cœcum, on rétablit un cadre colique par la résection de ce qu'il y a en trop, avec suture bout à bout ; le cœcum est fixé par une appendicostomie destinée à soulager les sutures, une sonde étant introduite dans l'appendice extériorisé.

Les suites opératoires sont bonnes.

**En résumé** : Il s'agit de crises de sub-occlusions intestinales par brides multiples sur un mésentère commun.

La section des brides et la colectomie ont permis :

— le rétablissement d'un cadre colique.

— la reprise d'un transit normal.

C'est la seule observation que nous avons trouvée dans la littérature où l'importance et le nombre des adhérences a entraîné le chirurgien à faire une large colectomie pour éviter de nouvaux troubles (70 cm. environ). Le résultat a été excellent, le malade vu récemment se porte bien (Cliché 8).

## OBSERVATION N° 6

Le jeune Philippe P..., âgé de 12 ans, entre à la clinique le 16 juillet 1952, avec un syndrome appendiculaire net : douleur, contracture de la fosse iliaque droite.

Intervention : Docteur Nard.

A l'incision latérale droite, on ne trouve que des anses grêles, cœcum et ascendant sont introuvables.

Une anse grêle est malade, épaissie, saignante au contact, on pense à une iléite segmentaire. Comme le foyer inflammatoire est très limité, on se contente de drainer sous couvert d'une antibiothérapie locale et régionale.

Suites opératoires d'abord simples s'aggravant d'un syndrome de sténose duodénale chronique avec des vomissements bilieux. La stase duodénale est confirmée par la radio (Cliché 7) qui montre également un transit ralenti dans les anses grêles. On poursuit le traitement antibiotique et l'aspiration continue. La situation s'améliore.

Un nouvel examen radiologique au mois d'août montre :

— disparition de la stase duodénale.

La masse iléo-jéjunale se trouve à droite.

— le colon droit est en position gauche para-médiane.

— un léger dolichocolon gauche.

Il s'agit donc bien d'un mésentère commun, comme on l'avait présumé lors de l'intervention et des examens radiologiques antérieurs.

Nouvelle consultation le 29 mars 1956 (les crises abdominales sont devenues plus fréquentes). Le malade souffre de douleurs abdominales gauches et l'on pense à une origine appendiculaire, sachant la malposition dont il est porteur. Un examen radiologique ne montre plus de stase duodénale. Intervention le 10 juillet 1956 (Docteur Nard).

Incision médiane, le grêle est maintenant intact, le colon ascendant tout à fait à gauche, est coincé en arrière ; on extériorise un cœcum énorme et un appendice malade. Une bride fait un pont sous lequel le cœcum s'est retourné, et se trouve à gauche du colon ascendant entraînant la fin de l'iléon. Il est probable qu'à la première intervention, c'est une anse du grêle qui passant sous ce même pont et plus ou moins étranglée, donnait cette apparence d'iléite. Le chirurgien regrette à la première intervention, de ne pas avoir fait une voie médiane qui lui aurait éclairé le diagnostic, mais l'état du malade l'a engagé à temporiser.

Par ce pont, on fait passer la fin de l'iléon, le cœcum et le transverse, on résèque ce pont épiploïque et on a un cœcum mobile dilaté.

Appendicectomie.

Colo-cœco-plicature.

Suites immédiates banales, une petite infection intestinale se déclare et cède lors du rétablissement d'un transit intestinal apparu avec un léger retard.

Suites lointaines : l'enfant va bien.

**En résumé :** Crise de sub-occlusion avec mésentère commun.

Le malade a été opéré avec le diagnostic d'appendicité. L'appendice était malade, mais il s'agissait plus probablement d'étranglement du cœcum et de la fin de l'iléon.

La seconde intervention a été retardée par la famille, malgré l'insistance du chirurgien. C'est la fréquence inquiétante des crises abdominales qui a décidé le malade à consulter.

## OBSERVATION N° 7

Mme D..., âgée de 53 ans, souffre depuis toujours de longues périodes de constipation (durant parfois 10-12 jours) se terminant par des crises de diarrhée.

Cet état de chose entraîne un jour l'apparition de phénomènes inflammatoires : la malade est fébrile, le ventre douloureux, la palpation révèle une hyperesthésie cutanée.

Consulté, le Professeur Heuilly, de Nancy, pense à une infection colitique, et soupçonnant la possibilité d'un méga-dolicho-colon, fait pratiquer des clichés qui révèlent un mésentère commun typique.

Un traitement médical à base de pansements digestifs et une hygiène alimentaire entraînent une nette amélioration.

**En résumé** : long passé de constipation aboutissant à des phénomènes colitiques.

## COMMENTAIRES

Portant sur des adultes ou sur des grands enfants, ces observations négligent l'aspect le plus dramatique que peut prendre le mésentère commun : l'occlusion aiguë néo-natale. Elles vont cependant nous permettre de tirer quelques enseignements :

1. - Ces observations illustrent bien les différents aspects cliniques que peut prendre le mésentère commun chez l'adulte.

— anomalie latente, révélée à l'occasion d'une intervention (Obs. 1, 2, 3). Dans un cas (Obs. 4), la vacuité de la fosse iliaque droite décelée à la palpation, a permis de supposer l'existence d'une anomalie.

— anomalie se manifestant par des crises de sub-occlusion (Obs. 4, 5, 6).

2. - Dans les deux cas d'appendicite sur mésentère commun, le syndrome appendiculaire était typique, avec douleur et contracture dans la fosse iliaque droite.

Ce fait important ne semble avoir été que très rarement signalé dans la littérature (RAUTUREAU) où l'on voit surtout reporter des syndromes appendiculaires aberrants.

3. - Nous remarquons dans trois cas l'association d'un dolicho-colon (Obs. 2, 3, 6). Ce qui s'ajoute encore aux nombreuses malformations congénitales associées au mésentère commun.

4. - L'étude radiologique de ces anomalies prouverait, s'il en était encore besoin, la valeur des critères proposés par BABAINTZ et KADRNKA. Il ne semble pas par contre qu'il faille attacher une grande valeur aux subdivisions (médian, paramédian, droite et gauche) proposées par ces auteurs, car il est évident qu'un cœcum mobile peut donner des images différentes suivant les cas. Ainsi, dans l'observation n° 2, l'ingestion de produits opaques montre un type paramédian gauche, et le lavement un type paramédian droit (clichés 2, 3). De ceci, cependant, il faut retirer que le cœco-ascendant n'est pas à gauche, comme on a tendance à le dire, mais que plus exactement, il est médian ou para-médian.

5. - L'association d'une malposition et d'un ulcère duodénal (Obs. 1) pose le problème soulevé récemment par QUENU en présentant quatre cas de mésentère commun dont deux associés à un ulcère duodénal. Il existe, en effet, dans la littérature, remarque cet auteur, un certain nombre d'observations dans lesquelles un ulcère du bulbe duodénal a pu être considéré comme la complication d'une sténose sous-jacente par bride.

Peut-on considérer qu'il existe une relation entre l'ulcère et la malposition ? Ceci est difficile à dire et mérite plus ample information. Cette hypothèse n'a pas seulement un intérêt théorique, mais surtout un intérêt thérapeutique.

Certains cas de SLOAN où la simple section de brides amène la guérison de l'ulcère sous-jacent, permet de penser que le seul traitement de la malposition, notamment la section des

brides, pourrait suffire à faire disparaître la cause. Mais la rareté de l'association de l'anomalie et de l'ulcère est une grosse objection. Nous n'avons trouvé en effet, qu'un seul cas d'ulcère duodénal associé à un mésentère commun (ESTRADE) dans la littérature que nous avons parcourue.

6. - Les trois accidents de sub-occlusion rapportés (Obs. 4, 5, 6) se sont révélés par une symptomatologie très fruste, à type de douleurs abdominales, parfois de constipation, et l'on comprend aisément que dans deux cas (Obs. 4, 5), l'on ait porté le diagnostic d'appendicite. Tout ceci pour faire remarquer la difficulté des diagnostics de sub-occlusion et l'intérêt d'un examen radiographique avant toute intervention si les conditions le permettent.

# CONCLUSIONS

A propos de l'observation de sept cas de mésentère commun, nous avons essayé de reprendre la question des anomalies de position de l'intestin, en insistant particulièrement sur la plus fréquente d'entre elles :

1. La connaissance des étapes de la rotation et de la fixation intestinales est indispensable pour en mieux comprendre les anomalies.

2. Le mésentère commun ne doit pas être considéré comme une curiosité anatomique ou radiologique. Il est plus fréquent qu'on ne le croit habituellement et il expose le médecin et le chirurgien à des erreurs de diagnostic, et le malade à des risques opératoires aisément évitables par l'examen radiologique préalable.

3. Si le mésentère commun est souvent latent ou ne se manifeste que par des signes digestifs banaux. Il peut cependant se déclarer par un syndrome occlusif dont la fréquence et l'extrême gravité chez le nouveau-né doit attirer l'attention.

4. L'étude radiologique facilite une étude précise de la topographie viscérale et permet le diagnostic du mésentère commun caractérisé par un syndrome typique.

— Dextro-position du III[e] duodénum et de tout le grêle.

— Sinistro-position du colon.

— Absence d'angle duodéno-jéjunal hépatique.

## SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes Condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes Confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la Médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : Le Doyen : R. SIGALAS.

Vu : Le Président du Jury
REBOUL.

Vu et permis d'imprimer,
Bordeaux, le 26 novembre 1956.
Le Recteur :
E. DELAGE.

# BIBLIOGRAPHIE


ALDRICH E.M. et MORTON C.B. — Obstruction intestinale par suite de mauvaise rotation de l'intestin. *Annals of Surgery*, 1955, *141* 765-777.

ALEXANDER. — Hernie intra-abdominale. *Amer. J. of Roentgen.* 1950, *64*, 940-944.

ANCEL et CAVAILLON. — Evolution du M.C. chez l'homme. *Journal d'Anat. et de Physiol.* 1907, n° 2, 387-411.

AUBOURG. — Diagnostic rad. des sténoses du gros intestin. *Journal Méd. Français*, 1912, n° 5, 422-425.

BABAIANTZ, KADRNKA. — Etude radiologique du mésentère commun. *J. radio-élect.* 1932, 251-259.

BAUMEL et GODLEWSKI M. — Les fixations hautes pathologiques de l'angle colique droit. *Arch. Mal. App. dig.* nov. 1952, *41*, n° 11, 1098-1099.

BÉRARD. — Les occlusions intestinales par coudure de l'angle colique gauche. *Revue de Chirurgie*, mai 1903, *23*, 590-616.

BERGERET A. et BOUDREAUX J. — Quatre cas de vice de position intestinale. Revue critique des anomalies de torsion de l'intestin. *Rev. Chir.*, juillet, août, sept. 1945, n° 9-10-11, 173-192, et oct.-nov. et déc. 1945, n° 10-11-12, 235-253.

BODARD et NEIMAN. — 10 observations de mésentère commun. *Revue Méd. de Nancy*, 1954, t. 79, *75*, 149-173.

BODIAN. — Obstruction congénitale du duodénum et mongolisme. *British Medical Journal*, 1952, 77-78.

BROCA. — Deux observations d'occlusion par vice de position de l'intestin. *Bull. et Mém. Soc. de Chirurgie.* 1901, 542-546.

BROUET et CAROLI. — Arrêt de torsion de l'intestin *Bull. de la Soc. de Chirurgie de Paris*, 1930, 366-368.

BROWN et ROSS. — Anomalie congénitale de rotation intestinale et de fixation mésentérique. Cas d'occlusion intestinale chez l'adulte. *Annals of Surgery*, 1951, *134*, 88-98.

CHAKROUN. — Considérations pratiques sur le mésentère commun. *Journ. Radio et Electro.* 1948, *29*, 56-57.

CHERNEY. — Non rotation de la portion moyenne de l'intestin, avec préservation du mésentère moyen. *Ann. Surg.* février 1954, *139*, n° 2, 241-243

CLEMENT. — Volvulus de l'intestin grêle avec sténose secondaire du gros intestin chez un nouveau-né. *Annales de Gynéc. et Obst.* 1906, *111*, 567-570.

DABADIE, MARCHAND, BOUET. — Occlusion chronique par défaut d'accolement de l'anse ombilicale. *S. de Méd. et Chir. de Bordeaux.* 1956, *127*, 251-252.

DALLET. — Un cas de mésentère commun. *Bull. et Mém. de la Soc. Rad. Méd. Franç.* 1939, 568-570.

DAYNES. — Accidents dus à la persistance du mésentère commun chez l'enfant. *Thèse* Paris, mars 1955.

DE QUERVAIN. — Des positions anormales de l'intestin. *Sem. Méd.* 1901, *21*, 321-325.

DESCOMPS. — Anomalie de la torsion intestinale. *Journ. de l'Anat. et de la Physiol.* 1909, *31*, 616-660.

DOLIN et MATTHEWS. — Obstruction congénitale du duodénum et mauvaise rotation du colon. *Radiology.* 1954, *63*, 85-90.

DOTT (Norman). — Anomalies de rotation intestinale, aspect embryologique et chirurgical. Relation de 5 cas. *British J. of Surgery.* 1929. *11*, 251-285.

DUBREUIL. — Embryologie humaine. 1 vol. Vigot Fr. édit. Paris, 1947.

DUCLOS. — Trois cas d'ectopie iléo-colique par mésentère commun. *Bull. Mém. Soc. Rad. Franç.* 1939, 116-118.

DUHAMEL. — Indication du traitement chirurgical chez le nourrisson vomisseur. *Rev. du Prat.* 1952, *2*, 299-307.

DUPLENNE. — Considérations sur l'anatomie macroscopique du colon ascendant. *Thèse*, Paris, fév. 1930.

DUVAL et GATELLIER. — Sténose chronique sous-vatérienne du duodénum par malformation congénitale du péritoine. *Arch. des Mal. de l'App. digestif.* 1921, *11,* 145.

ESTRADE. — Mésentère commun et chirurgie gastrique. *Soc. de Chir. de Toulouse,* 25 janvier 1950.

FARABOEUF. — Disposition anatomique anormale de l'intestin chez un adulte et due à un arrêt de rotation. *Progrès Méd.* 1885, *2,* 411-415

FAVRE et DECHEN. — Deux cas de mésentère commun. *Soc. de Méd. Milit. Franç.* 16 avril 1953.

FEVRE. — Sténose duodénale de la première enfance, in *Encycl. Méd. Chir.*

FEVRE et DUHAMEL. — Accidents dus au mésentère commun chez l'enfant. *Mém. Acad. Chir. de Paris.* 1955, *81,* 41-46.

— Occlusion intestinale congénitale. *Journ. de Chir.* 1952, *68,* 5-31.

FEVRE et LEVESQUE. — Trois cas de sténoses duodénales par volvulus intestinal. *Sem. des Hôp.* 1948, n° 84, 2689-2701.

FEVRE MARIE. — Sténose duodénale congénitale. Défaut de rotation de l'anse ombilicale. *Arch. Franç. de Pédiat.* 1953, *10,* 893-897.

FEVRE SALOFF. — Occlusions duodénales d'origine congénitale. *Rev. du Patr.* 1953, *3,* 639-648.

FILIPPINI. — Absence de rotation du gros intestin. *Arch. Mal. App. dig.* 1939, *29,* 925.

FOX CRAWFORD. — Situs inversus et non rotation. *Surgery,* 1950, 896-900.

FRAZER ROBBINS. — Facteurs de la rotation intestinale. *Journ. of Anat. et Phys.* 1915, *50,* 75-110.

FREDET. — Embryologie de l'intestin et du péritoine. In Traité d'Anat. POIRIER et CHARPY. Paris, 1900.

GARDNER, CLARENCE E. — La signification chirurgicale des anomalies de rotation de l'intestin. *Annals of Surgery.* 1950, *131,* 879-898.

GILBERT. — Anomalies topographiques congénitales par torsion du gros intestin. *Journ. de Radiol. et d'Electr.* 1925, *9,* 443-445.

GRANT. — Une anomalie de rotation intestinale. *Surg. Gyn. et Obst.,* 1928, *46,* 133-134.

HARWELL, WILSON et HARDY J.D. — Obstruction intestinale. Causes et conduite à tenir chez le nourrisson et l'enfant. *Annals of Surg.* 1955, *141,* 778-791.

HAYMOND et DRAGSTEDT. — Anomalie de rotation intestinale. *Surg. Gyn. et Obst.* 1931, *53*, 316-329.

HEBRAUD. — Volvulus de l'intestin chez le nouveau-né. *Thèse* Bordeaux. 1935.

HECKER, KUHLMAN, GRUNWALD. — Anomalies congénitales de forme et de position du gros intestin et leur importance chirurgicale. *Rev. de Chir.* 1926, *64*, 660-672.

HEPP, VARAY, BOURDIN. — Sténose duodénale sous-vatérienne et mésentère commun. *Arch. des Mal. de l'appareil digest.* 1945, *34*, 76-81.

HILLEMAND, MATHIERES. — Eventration diaphragmatique avec mésentère commun. *Presse Méd.*, 1944, 56-57.

INGELRANS. — Occlusions par malrotation intestinale. *Arch. Mal. de l'app. digest.* 1953, *42*, 856-858.

JABOULAY. — Hernie interne rétro-péritonéale. *Progrès Méd.* 1891, *14*, 57-60.

JAGAILLOUX. — A propos d'un cas d'hétérotaxie abdominale du type mésentère commun. *Paris Méd.* 1951, *41*, 324-325.

JALET, ANDRÉ. — Existence d'un mésentère commun et d'un pneumothorax spontané chez un sujet atteint de sténose duodénale par compression vésiculaire. *Bull. et Mém. de la Soc. Rad. Méd. Franç.*, 1938, 451-453.

LADD. — Obstruction congénitale de l'intestin grêle. *Journ. of Amer. Med. Assoc.* 1953, *101-2*, 1453-1458.

LAEGENISSEL et BARDENAT. — A propos d'un cas de mésentère commun. *Bull. et Mém. de la Soc. de Rad. Franç.* 1937, 747-749.

LAURENCE G. — Occlusions intestinales d'origine congénitale. *Rev. Patricien*, 1955, 2523-2528.

LAURENCE, LAPLANE. — Sténose duodénale par malrotation. *Arch. Franç. de Pédiatrie*. 1953, 10-2-22, 224.

LEBOUCHARD. — Etude radiologique des occlusions digestives néo-natales dues à des malformations congénitales. *Sem. des Hôp.* 1955, *30*, 3597-3605.

LEDOUX, LEBARD. — Etude radiologique du mésentère commun. *Paris Méd.* 1950, *40*, 389-392.

LEFEBVRE, SAUVEGRAIN, PELLERIN. — Etude radiol. des sténoses duodénales par brides et volvulus chez le nourrisson et l'enfant. *Journ. de Rad. et Electrol.* 1956, *37*, 1-11.

LELONG, LAURENCE. — Dépistage pour le praticien des malformations néonatales congénitales. *Rev. du Patr.* 1953, *3-10*, 627-632.

MAC INTOSH et DONOVAN. — Perturbations dans la rotation du tractus intestinal. *Amer. Journ. Dis. Child.* 1939, *57*, 116-166.

MEARES-GREEN. — Signification chirurgicale de la perturbation dans la rotation et la répartition intestinale. *Surg. Gyn. Obst.* 1931, *53*, 734-741.

MILLER Ed. — Malrotation du colon. *Surg. Gyn. et Obst.* 1948, *87*, 235-237.

MORETZ-MORTON. — Volvulus aigu de l'intestin grêle. *Annales of Surg.* 1950, *132*, 899-912.

MOUCHET, JAGAILLOUX. — Présentation de radio de mésentère commun. *Mém. Acad. de Chir.* 1951, 771, 20 juin.

MOULONGUET, DOLERIS, MERLE, D'AUBIGNÉ. — Deux observations de volvulus total de l'anse ombilicale. *Bull. de la Soc. Nat. de Chir.* 1930, *56*, 122.

NICOLE. — Signification clinique du mésentère commun. *Helvet. Chir. Acta.* 1951, *18*, 364-367.

OBERLING. — Trois cas de volvulus par mésentère commun persistant. *Rev. Franç. de Péd.* janv. 1927, *3*, 96-104.

OCKINZICK. — Un cas de torsion de mésentère commun par défaut d'accolement. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.* 1922, 352-356.

OMBREDANNE. — Occlusion duodénale par malformation congénitale du méso-colon ascendant. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.* 1919, 1549-1554.

PEIGNAUX-FRUCHAUX. — Troubles digestifs chez une jeune fille de 15 ans. Anomalie de torsion de l'anse intestinale primitive. *Bull. de la Soc. de Chir. et Mém. de Paris*, 1930, *56*, 335-343.

PEREZ et PEREZ. — Problème clinique et nosologique du mésentère commun. *Revista Clin. Espan.* 1952, *45*, 77-83.

PETIT. — Malformations congénitales opérables du nouveau-né. *Semaine Médicale*, 18 oct. 1951.

POLLOCK. — Malrotation de l'intestin. *Journ. of the Mount Sinai Hosp.* 1950-51, *17*, 886-906.

PORCHER-BUFFARD. — Radiologie de l'intestin grêle de l'adulte et de l'enfant. Masson, Paris, 1954.

QUENU. — Du rôle de l'angle colique gauche dans les occlusions intestinales. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.* 1902, 695-713.

— 4 cas de mésentère commun, dont deux associés à un ulcère. 1956, *72*, 778-792.

RACHET, BUSSON. — Maladies de l'intestin et du péritoine. Collection médico-chirurgicale. Flammarion, Paris.

RAUTUREAU, DALMAS. — 4 cas de mésentère commun. *Soc. de Chir. de Marseille*, 2 mai 1949.

RAYBAUD. — Ectopie du cœcum. *Marseille Médical*, 1900, 270-273.

ROUSSEL. — Un cas de mésentère commun. *Soc. de Méd. de Nancy*, janvier 1952.

ROUSSET. — Accidents dus au défaut de rotation de l'anse intestinale. *Mém. Acad. de Chir.* 1955, 477-483, tome 81.

SACHS. — Obstruction duodénale extrinsèque chez le nouveau-né. *Annals of Surgery*. 1950, *131*, 117-123.

SAUNDERS. — Anomalie congénitale du duodénum. *Annals. of Surgery*. 1940, *112*, 321-338.

SAUVEGRAIN, CHAUREY, BLANGUERNON. — Deux cas de sténose chronique du jéjunum compliquant une malrotation intestinale. *Journ. de Radiol. et d'Elect.* 1953, *34*, 672-674.

SAUVEGRAIN, PORCHER. — Radiologie de l'intestin grêle, in *Encycl. Méd. Chir.* (Radio-diagnostic).

SENCERT. — Cas d'arrêt de rotation de l'intestin. *Soc. de Biologie*. 1905, *58*, 325-327.

SILVERMANN. — Obstruction congénitale, erreur de rotation de l'intestin. *Radiology*, 1949, *53*, 785-788.

SNYDER-CHAFFIN. — Embryologie et pathologie du tractus intestinal. Relation de 40 cas de rotation défectueuse. *Annals of Surg.* 1954, *140*, 368-380.

SPENCER. — Obstruction néo-natale intestinale. *Surg. Gyn. et Obst.* 1952, *92*, 568-578.

STERIN. — Occlusion duodénale par défaut d'accolement des colons. *Lille Chir.*, 1947, *2*, 156-157.

SURMONT et DUREUX. — Sur un cas de mésentère commun. *Presse Méd.* 1941, 869.

TAILHEFER. — Séance du 21 mars 1956. *Mém. Acad. de Chir.* 1956, *82*, 315.

TEDESCO. — A propos d'un cas d'ectopie iléo-colique par mésentère commun. *Bull. et Mém. de la Soc. de Radio Méd.* 1937, 204-207.

TONDURY Gian. — Mésentère commun. *Schweiz Med. Wschr.* 1947, *77*, 1127-1129.

VASSELLE. — Malrctatien du grcs intestin à gauche de la ligne médiane. *Arch. des Mal. de l'App. digestif.* 1926, *16*, 710.

VOEGT. — A propos du mésentère commun. *Fortschr. Geb. Rontgenst.* juin 1950, *73*, 175-178.

WARMOES. — Mesenterium iléc-colicum commune. 11 cas. *Acta Gastro. Ent. Belg.* Mai 1951, *14*, 568-571.

WEIL DETRE. — Un cas de transposition de la totalité du gros intestin. *Arch. des Mal. de l'App. dig.* 1925, 602-604.

WILSON. — Examen radiol. dans l'occlusion congénitale. *Amer. Journ. of Roentgen.* 1945, *54*, 498.

ZIMMERMAN et LAUFMAN. — Hernies intra-abdominales dues à des anomalies de développement et de rotation. *Annals of Surg.* 1953, *138*, 82-91.

# TABLE DES MATIÈRES


Pages

Introduction ..... 13

Chapitre I ..... 15

— Embryologie.

— Déterminisme.

Chapitre II ..... 26

— Anomalies.

Chapitre III : Le mésentère commun ..... 39

— Etude clinique.

— Etude radiologique.

— Etiologie.

— Fréquence.

— Traitement.

Chapitre IV ..... 59

— Observations.

— Commentaires.

Conclusions ..... 67

Bibliographie ..... 69